293
II

TRAITEMENT

DE

L'ANUS CONTRE NATURE

ET DES

FISTULES STERCORALES

DU MÊME AUTEUR.

Du rôle de la contagion dans l'étiologie de la fièvre puerpérale (thèse de Paris, 1878).

Note sur les formes anatomiques de la tuberculose articulaire et l'évolution clinique des fongosités (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 6, 13 avril et 4 mai 1883).

TRAITEMENT

DE

L'ANUS CONTRE NATURE

ET DES

FISTULES STERCORALES

PAR

Le Dr Maurice POLLOSSON

CHIRURGIEN EN CHEF DÉSIGNÉ DE L'HOTEL-DIEU DE LYON

PARIS

LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS

19, rue Hautefeuille, près le boulevard Saint-Germain.

1883

TABLE DES MATIÈRES.

INTRODUCTION..... 1
DÉFINITION ET DIVISION DU SUJET..... 6

PREMIÈRE PARTIE.

Traitement des anus contre nature et des fistules stercorales communiquant directement avec l'extérieur.

CHAPITRE I. — Anatomie et physiologie pathologiques..... 14
CHAPITRE II. — Traitement médical..... 25
CHAPITRE III. — Méthodes ayant pour but le rétablissement du cours des matières. Entérotomie..... 30
CHAPITRE IV. — Méthodes ayant pour but l'occlusion de l'orifice extérieur. (Traitement chirurgical des fistules stercorales.)..... 71
De la compression..... 71
De la cautérisation..... 73
Des procédés anaplastiques..... 74
§ 1. — Procédés fermant la fistule sans agir directement sur l'orifice intestinal..... 82
§ 2. — Procédés ayant pour but l'occlusion directe de l'orifice intestinal..... 84
CHAPITRE V. — De l'entérorrhaphie circulaire (entérectomie secondaire)..... 97
CHAPITRE VI. — Traitement des complications..... 158
CHAPITRE VII. — Traitement palliatif..... 162
CHAPITRE VIII. — Conclusions relatives au traitement des anus contre nature et fistules stercorales. 164

DEUXIÈME PARTIE.

Traitement des anus contre nature et des fistules stercorales communiquant avec l'extérieur par l'intermédiaire d'une cavité purulente.

(*Fistules pyo-stercorales*)..... 173

TROISIÈME PARTIE.

Traitement des anus contre nature et des fistules stercorales communiquant avec l'extérieur par l'intermédiaire d'une cavité naturelle.

CHAPITRE I. — Anus et fistules en communication avec l'utérus ou le vagin..... 190

CHAPITRE II. — Anus et fistules en communication avec la vessie..... 200

BIBLIOGRAPHIE..... 211

Paris. — Typ. A. PARENT, A. DAVY, succ., imp. de la Faculté de médecine 52, rue Madame et rue M.-le-Prince, 14.

TRAITEMENT

DE

L'ANUS CONTRE NATURE

ET DES

FISTULES STERCORALES

INTRODUCTION.

La thérapeutique chirurgicale de l'anus contre nature et des fistules stercorales, constitués à l'état de difformité permanente, ne remonte pas à une époque très reculée. Au moment où florissait l'Académie royale de chirurgie, on ne parlait que de moyens médicaux ou palliatifs. C'est seulement dans la période de Dupuytren que les premières tentatives rationnelles et efficaces ont été dirigées contre cette dégoûtante infirmité. La découverte de l'éperon et de moyens propres à le détruire marquent cette première phase du traitement.

Puis on s'aperçoit qu'il ne suffit pas de faire la voie libre aux matières fécales, mais qu'il est encore nécessaire de s'adresser à l'ouverture anormale qui leur livre passage. On imagine alors une série d'opérations anaplastiques, portant sur la peau, le trajet, les tuniques intestinales, mais toutes combinées de façon à ne pas intéresser le péritoine, à ne pas ouvrir sa cavité. Toucher à la grande séreuse est, à cette époque de notre art, une hardiesse que bien peu d'opérateurs osent se permettre.

Enfin les heureuses tentatives dans le domaine de l'ovariotomie, la découverte de procédés antiseptiques donnant quelque sécurité aux chirurgiens, font qu'on ne redoute plus les interventions directes sur les organes contenus dans la cavité abdominale. Alors, une série de moyens nouveaux, plus dangereux à première vue, mais à première vue aussi plus prompts, plus efficaces, sont mis en pratique contre les fistules de l'intestin. On ouvre la cavité péritonéale, on ferme directement les orifices en adossant les séreuses ou même on disséque les deux bouts de l'intestin, on les coupe et on les suture, fermant d'emblée ces ouvertures qu'on n'attaquait jusqu'alors que par des procédés plus ou moins détournés. Qu'importent maintenant et l'éperon de Dupuytren et la muqueuse de Malgaigne? On ne s'attaque plus aux obstacles, on les supprime ; la tactique chirurgicale est changée.

Ces procédés, on peut les appeler nouveaux, car, si des tentatives de cette nature ont été faites à des époques reculées, on les considérait comme des

exemples que tout chirurgien prudent devait se dispenser d'imiter. Aujourd'hui, au contraire, ils tendent à se substituer aux anciennes méthodes.

Cette substitution est-elle légitime? ou bien les nouvelles méthodes ont-elles, à côté des anciennes, des indications spéciales? Question grave et difficile à résoudre avec les documents qui sont actuellement à notre disposition, mais qui nous paraît le but à poursuivre dans ce travail, qui aurait peu sa raison d'être en dehors de cette étude comparative.

A côté de l'anus contre nature et de la fistule stercorale qui s'en rapproche par sa pathogénie, on a étudié, depuis quelques années, à l'instigation de MM. les professeurs Verneuil et Le Fort, une variété de fistule stercorale, jusqu'alors laissée dans l'oubli. Cette partie de notre sujet, bien traitée déjà, mais de date récente, nous a paru mériter une attention et une place spéciales dans ce travail.

La littérature médicale est d'une telle richesse que, sur une question en apparence restreinte et peu attrayante, on pourrait écrire des volumes si on abordait avec quelque détail tous les points qui s'y rattachent. Obligé de nous limiter, nous insisterons surtout sur ce qui n'a pas encore fait l'objet d'un travail d'ensemble, sur ce qui est actuellement en discussion.

Les traités de médecine opératoire, les articles parus dans les dictionnaires ou les ouvrages de pathologie externe, nous donnent avec détail et lumière tout ce qui est relatif à l'application de l'entérotome et des

méthodes anaplastiques : aussi nous n'insisterons pas longuement sur ces divers points. On a imaginé bien des entérotomes depuis Dupuytren, bien des procédés d'autoplastie depuis Velpeau et Malgaigne. Certes, il n'y a pas de petit détail en chirurgie, et chacun des perfectionnements successivement apportés aux opérations primitives a sa valeur et son importance. Cependant, on peut dire que la question du traitement de l'anus contre nature s'est élargie dans ces dernières années : il s'agit moins de choisir entre tel ou tel entérotome, de savoir si on disséquera la muqueuse ou tel ou tel point de la paroi épaissie et transformée de l'intestin pour la rebrousser, que de se prononcer entre l'entérotomie suivie ou non d'autoplastie d'une part et la résection de l'intestin suivie de suture d'autre part. La lutte est engagée entre les méthodes prudentes basées sur les brillantes découvertes de la physiologie pathologique et les hardiesses chirurgicales, justifiées peut-être par l'introduction des méthodes antiseptiques.

Tel est, je crois, le terrain sur lequel nous devons nous placer ici. Pour établir la comparaison entre les méthodes anciennes et récentes, nous avons réuni les observations relatives aux opérations de résection de l'intestin avec entérorrhaphie consécutive dans un chapitre à part. Dans un autre chapitre, nous avons groupé quelques-unes des observations publiées en France, se rapportant à des opérations d'entérotomie et d'autoplastie, et recueillies depuis l'époque où a paru la statistique de Dupuytren qui,

dans les discussions allemandes, sert encore de base de comparaison.

Ces observations ne sont pas aussi nombreuses qu'on pourrait le croire ; il semble que l'anus anormal soit moins fréquent de nos jours. Il faut certainement en chercher la cause dans ce fait que l'on traite mieux l'étranglement herniaire, qui arrive moins souvent à la gangrène. M. le professeur Gosselin, en vulgarisant ce précepte qu'on ne doit jamais quitter une hernie étranglée qu'elle ne soit réduite par le taxis ou opérée, a contribué plus qu'aucun autre à restreindre le nombre des malades atteints de cette triste affection.

On peut disposer en trois séries les observations qui ont trait à la thérapeutique chirurgicale de l'anus contre nature. Les premières répondent à l'application presque exclusive de l'entérotomie. Les secondes, qui apparaissent vers 1836, renferment en plus la description d'opérations ayant pour but d'obturer l'orifice extérieur. Les dernières, qui deviennent fréquentes à partir de 1877, sont relatives aux entérorrhaphies circulaires après entérectomie.

Un fait m'a frappé dans l'étude de ces moyens successifs de traitement. L'application de l'entérotome qui, entre les mains de Dupuytren ou de ses contemporains, avait donné, sur 41 opérations, 29 guérisons radicales et définitives, en a très peu fourni depuis; parmi les cas publiés depuis 1830, on compte ceux où l'entérotome a donné à lui tout seul une guérison

complète : une opération autoplastique devient presque toujours nécessaire.

Je crains qu'aujourd'hui, où nous possédons de nouvelles ressources, les opérations qui ont fourni tant de succès n'échouent à leur tour entre les mains de chirurgiens pressés de quitter l'ancienne voie ; dans ces dernières années, les procédés autoplastiques et la section de l'éperon ont eu peu de réussite en Allemagne.

On a dit que certaines méthodes thérapeutiques ne réussissaient qu'entre les mains de leurs inventeurs : la raison en est peut-être que ces derniers appliquent leur découverte avec plus de soin, ont plus de persévérance et jettent moins vite le manche après la cognée.

DÉFINITION ET DIVISION DU SUJET.

On pourrait désigner sous le terme général de *fistules stercorales* tous les cas où un orifice anormal et permanent, faisant communiquer le tube intestinal avec l'extérieur ou avec une cavité interne, il s'en échappe en totalité ou en partie les matières qui circulent dans l'intestin. Mais il est d'usage de donner à cette expression un sens plus restreint et de n'entendre sous ce nom qu'une variété des fistules de l'intestin.

On divise alors ces *fistules intestinales* en deux groupes: 1° l'anus contre nature, dans lequel l'ouverture livre passage à la plus grande partie ou à la totalité des matières; 2° la fistule stercorale, par laquelle s'échappe une petite partie seulement des mêmes matières, les autres continuant à suivre la voie naturelle. Si ces deux lésions reconnaissent souvent une pathogénie commune et ne sont quelquefois que deux degrés plus ou moins marqués d'une même affection, il n'en est pas moins vrai qu'au point de vue du pronostic et des indications thérapeutiques, il existe entre ces deux ordres de faits des différences assez tranchées pour justifier la distinction établie par le titre de cette thèse. Il faut reconnaître cependant qu'il existe toute une série de cas de transition qui rendent imparfaite cette classification, et que les auteurs emploient quelquefois les deux expressions l'une pour l'autre, ce qui contribue à rendre difficile la répartition des cas à comprendre sous l'une ou l'autre de ces deux dénominations.

Ce qui caractérise l'anus contre nature et le distingue de la fistule stercorale, c'est qu'il livre passage à la totalité ou à la plus grande partie des matières, c'est qu'il joue pathologiquement le rôle physiologique dévolu à l'orifice anal.

Il doit cette propriété à des dispositions anatomiques spéciales qui font obstacle au cours des matières, dispositions anatomiques dont la découverte a entraîné celle des moyens propres à obtenir la guérison d'une aussi triste infirmité.

La fistule stercorale consiste en un orifice anormal occupant une partie seulement de la paroi cylindrique de l'intestin, qui reste disposé de façon à permettre aux matières de suivre leur trajet habituel jusqu'à l'anus. Elle ne laisse passer qu'une petite quantité du contenu du tube digestif.

Ceci dit sur la distinction à établir entre la fistule stercorale et l'anus contre nature, devons-nous étudier dans ce travail tous les cas qui ont été décrits sous ces deux dénominations ?

L'anus contre nature, dit M. le professeur Guyon dans son article du Dictionnaire encyclopédique, « peut être distingué, selon sa cause, en anus contre nature congénital, accidentel, et artificiel ou chirurgical. Ces trois espèces sont cependant essentiellement différentes ; aussi tous les auteurs ont-ils décrit l'anus contre nature congénital avec les vices de conformation de l'anus et du rectum, et l'anus contre nature artificiel à propos des opérations chirurgicales destinées à créer une voie artificielle au cours des matières fécales. Dans le *langage chirurgical usuel*, la dénomination d'anus contre nature s'applique d'une façon *presque* exclusive à l'anus accidentel... »

Cette définition résoudrait pour nous la question si le mot *presque* que nous avons souligné ne venait tout compromettre. En réalité, on serait embarrassé si on voulait résoudre la question en jurant sur la parole d'un maître ; car on trouve de grandes autorités à invoquer, que l'on veuille attribuer au mot anus contre nature son sens le plus large ou le plus restreint. Si

nous adoptons le sens restreint, si nous n'étudions ici que l'anus contre nature proprement dit, c'est qu'il constitue une affection tout à fait différente par la pathogénie et le traitement des autres lésions avec lesquelles on lui donne quelquefois un nom commun. Je ne répéterai pas ici les arguments décisifs et péremptoires sur lesquels on peut étayer ces affirmations; ils ont été longuemeut exposés par Foucher, qui, dans sa thèse, ayant à traiter *De l'anus contre nature*, y a compris seulement les faits que nous nous proposons d'envisager.

Quelques difficultés de même ordre se présentent à propos des fistules stercorales. Dans le sens rigoureux du mot, la fistule à l'anus est, dans quelques cas du moins, une fistule stercoro-purulente. Mais le passage des matières fécales est tellement un fait accessoire, le traitement correspond à des méthodes chirurgicales si différentes de celles que nous aurons à exposer, il est si bien d'usage d'en faire une étude à part, que les comprendre sous le titre de notre thèse serait plutôt abuser des mots que les passer sous silence ne sera éluder leur véritable signification.

Il en est de même d'une autre variété de fistules stercorales, les fistules recto-vaginales qui, à elles seules, constituent un chapitre distinct de pathologie et de médecine opératoire. Ce sont souvent de véritables anus contre nature. Je ne crois pas cependant qu'elles aient jamais été comprises au nombre des faits étudiés sous ce nom.

En résumé, les expressions d'anus contre nature,

de fistule stercorale, ont en pathologie un sens tantôt très étendu, tantôt plus restreint. Leur sens très étendu le serait plus encore si on voulait les prendre au pied de la lettre. Nous avons choisi le sens restreint, le sens *proprement dit*, pour nous confirmer à l'usage le plus répandu et aussi pour conserver quelque unité à un sujet qui, ainsi limité, comprend encore des cas pathologiques nombreux, reliés par des caractères communs, mais présentant, au point de vue des indications thérapeutiques, des différences qui légitiment les divisions que nous allons maintenant établir.

Or, les communications anormales de l'intestin avec l'extérieur peuvent s'établir de trois façons. Tantôt c'est par un trajet très direct, si direct que dans les cas de cette nature la muqueuse du tube digestif vient souvent se mettre en continuité avec le revêtement cutané. Tantôt il ya entre l'ouverture extérieure et l'orifice intestinal une cavité accidentelle, abcès ou kyste. Quelquefois enfin la communication est établie par l'intermédiaire d'une cavité naturelle.

Dans ces trois catégories de cas, il y a des indications thérapeutiques communes, fermer l'ouverture anormale et rétablir le cours des matières. Mais lorsqu'il s'agit de mettre an œuvre les ressources de la chirurgie, l'interposition d'une cavité d'abcès ou d'une cavité viscérale modifie profondément les conditions de l'intervention. Aussi nous diviserons ce travail en trois parties et nous étudierons successivement le traitement des anus contre nature et des fistules stercorales :

1° Communiquant directement avec l'extérieur ;

2° Communiquant avec l'extérieur par l'intermédiaire d'une cavité pathologique ;

3° Communiquant avec l'extérieur par l'intermédiaire d'une cavité naturelle.

PREMIÈRE PARTIE

Traitement de l'anus contre nature et des fistules stercorales communiquant dircctement avec l'extérieur.

Lorsqu'une ouverture accidentelle est établie, qui fait communiquer la cavité du tube digestif avec l'extérieur, après formation des adhérences qui préviennent l'épanchement des matières dans la cavité péritonéale, les choses peuvent se passer de façons très différentes.

Tantôt le malade meurt par suite de la lésion traumatique ou inflammmatoire qui a déterminé la communication, sans que cette communication influe d'une manière notable sur le résultat fatal. Tantôt il résiste aux premiers accidents, les matières s'écoulent par l'orifice anormal; mais la déperdition des matériaux nécessaires à la nutrition entraîne la mort au bout d'un temps variable. Cette éventualité, qui dépend surtout de la situation de l'ouverture sur un point relativement rapproché de l'estomac, a une importance spéciale au point de vue du moment et aussi du mode de l'intervention.

Tantôt le malade survit, mais les matières ne reprennent pas leur cours, et l'ouverture s'organise de façon à constituer une difformité définitive et incurable par les seuls efforts de la nature. Dans une autre série de cas, on voit l'orifice se rétrécir peu à peu et la guérison se faire spontanément.

Enfin, il peut arriver que l'orifice, d'abord très large, se resserre, mais n'arrive pas à l'occlusion complète, et qu'il reste une fistule stercorale dont la guérison ne peut être obtenue que par l'art.

Pourquoi, à la suite de lésions qui paraissent identiques, la marche est-elle si différente ? Par quel mécanisme s'opère la cure spontanée? Quelles conditions anatomiques entraînent au contraire la persistance de l'affection à tel ou tel degré de son évolution ? Il s'en faut qu'on puisse expliquer toutes ces particularités : cependant on possède des notions sérieuses de physiologie pathologique dont la connaissance est indispensable à ceux qui veulent entreprendre le traitement de l'anus contre nature. Les découvertes faites sur ce sujet ont eu la plus heureuse influence sur la thérapeutique de cette affection. Aussi croyons-nous utile de rappeler les points principaux de l'anatomie et de la physiologie pathologique des fistules intestinales, afin d'établir sur elle une classification rationnelle des méthodes de traitement.

CHAPITRE PREMIER.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.

L'anus contre nature est une difformité à éléments multiples qu'il importe d'analyser.

Chacun de ces éléments a son rôle dans le mécanisme de la guérison spontanée ou, au contraire, de la persistance de l'affection : chacun d'eux peut devenir l'occasion d'indications thérapeutiques ou de manœuvres spéciales. Tel ordre de lésions favorables à telle méthode est au contraire utile dans une autre. C'est sur leur connaissance exacte que sont fondés et les principes et les détails de médecine opératoire : aussi est-il indispensable de les connaître.

Il y a dans l'anus contre nature, en suivant une classification établie par M. le professeur Verneuil : 1° des réunions anormales ; 2° des séparations anormales ; 3° des pertes de substance ; 4° des excès de substance ; 5° des changements de rapports. C'est une difformité à la fois par synthèse, diérèse, exérèse, exubérance et hétérotaxie, et les principales méthodes opératoires s'adressent à un, deux de ces éléments, ou même, comme la laparo-entérectomie, à tous ces éléments réunis.

Passons en revue ces diverses lésions anatomiques, les troubles physiologiques qu'elles provoquent, et aussi les actes opératoires qui leur concordent.

Etudions d'abord les réunions anormales. Elles consistent en adhérences entre les surfaces séreuses, viscérale, pariétale et épiploïque, en des soudures entre le revêtement muqueux et le revêtement cutané. Ces adhérences, providentielles au début, puisqu'elles s'opposent à l'épanchement stercoral, jouent plus tard un rôle important. Cédant à la traction mésentérique, elles contribuent à la formation de l'infundibulum. Trop faibles, elles peuvent céder sous l'influence du retrait, d'où péritonite par épanchement; trop étendues, elles retiennent l'intestin appliqué contre la paroi et sont un obstacle à la guérison spontanée. Considérées par rapport aux opérations, elles sont tantôt favorables, tantôt défavorables. On les regarde comme favorables dans les procédés d'autoplastie qui consistent à disséquer une épaisseur des parois intestinales et on craint toujours de les dépasser; ce qui expose à tailler trop mince. Elles sont gênantes dans les nouveaux procédés qui ouvrent le péritoine et font un temps spécial de la libération de l'intestin. Des adhérences peu étendues permettent une petite incision, la traction hors de l'abdomen de l'anse malade et une entérorrhaphie facile. Au contraire, des adhérences larges nécessitent de longues incisions, des dissections difficiles avec hémorrhagies, des surfaces moins aptes à la réunion qu'une surface séreuse saine. Qu'on compare à ce point de vue l'observation de M. le professeur Trélat et l'une des observations de Czerny, rapportées plus loin. Cependant, on a quelquefois utilisé ces adhérences pour la réunion, en fai-

sant porter sur elles un deuxième étage de sutures (cas de Czerny). Rien de variable comme leur siège, leur épaisseur, leur étendue, et à cet égard, les opérations nouvelles fournissent à l'anatomie pathologique des renseignements importants sur lesquels nous regrettons de ne pas pouvoir nous étendre.

Maintenant en situation définitive des rapports anormaux, elles rendent difficiles les opérations qui ont pour but le rétablissement de ces rapports. Au contraire, protégeant la cavité péritonéale, elles rassurent le chirurgien qui redoute l'ouverture de la séreuse.

L'anus anormal est une difformité par perte de substance. — Etudié à ce point de vue, il présente à étudier une ouverture cutanée, un trajet, une ouverture intestinale.

L'orifice cutané est unique ou multiple, étroit ou large. Il se continue avec une peau amincie, décollée, ulcérée ; ou bien à son niveau la peau se déprime en infundibulum, pour aller se continuer sur un point plus profond avec la muqueuse.

L'orifice intestinal est également unique ou multiple : la perte de substance n'occupe qu'une partie du tube intestinal, une grande partie de son étendue, ou même toute sa circonférence ; dans ce dernier cas, les deux bouts de l'intestin s'ouvrent par des orifices séparés dans la partie profonde du trajet ou même viennent s'ouvrir par deux orifices adossés à la surface

de la peau. Quelquefois, il y a deux orifices cutanés, séparés par une languette de peau.

Le trajet intermédiaire se compose de deux parties, l'une qui correspond à l'épaisseur des parois de l'abdomen ; l'autre, qui a reçu le nom d'infundibulum, d'entonnoir membraneux, continue le précédent à l'intérieur du ventre et va aboutir à l'orifice intestinal. Ces deux portions du trajet jouent un rôle de premier ordre dans le mécanisme de la guérison spontanée, que Scarpa attribuait toute entière au développement de la partie profonde, de l'entonnoir membraneux. Aussi cet illustre chirurgien considérait-il comme incurable certains anus qui en sont dépourvus.

Aux dépens de quels éléments sont constituées les parois de ce canal qui s'étend de l'orifice intestinal à la partie profonde du trajet pariétal ?

Scarpa, qui n'admettait son existence que dans les anus consécutifs à l'étranglement herniaire, croyait que c'était l'ancien sac s'étendant de l'orifice cutané où il avait été ouvert à la perforation intestinale ; c'était pour lui le péritoine du sac herniaire, qui, ayant contracté des adhérences avec l'intestin, suivait ce dernier dans son retrait sous forme d'un canal d'autant plus long que ce retrait était plus considérable, d'autant plus large que les matières, en passant du bout supérieur à l'inférieur, tendaient à donner à sa partie la plus voisine de l'intestin la forme d'une cavité spacieuse, qui, la guérison devenue définitive, faisait partie intégrante de la continuité de l'intestin.

M. le professeur Gosselin pense que ces parois sont

constituées au moins en partie par les fausses membranes qui unissent l'intestin au péritoine pariétal et qui sont susceptibles d'allongement, en partie aussi par la paroi intestinale étirée.

Malgaigne a prétendu que, dans les anus contre nature vrais, la muqueuse intestinale s'étendait jusqu'à la peau et tapissait tout le trajet, et par suite faisait paroi à l'infundibulum. C'est à la présence de cette muqueuse qu'il faudrait rapporter l'absence de guérison spontanée, les muqueuses n'ayant aucune tendance à l'adhésion de leurs parois. Cette disposition est fréquente. On voit souvent la muqueuse se continuer directement avec la peau, comme au pourtour de l'anus normal ou des lèvres (forme labiée). Dès lors la destruction de cette muqueuse par cautérisation ou avivement s'impose, si on veut obtenir la cicatrisation du trajet et de l'orifice extérieur.

Cependant il est des cas où la muqueuse intestinale ne vient pas jusqu'à l'orifice, où les parois du trajet sont en tissu de granulation ou sous forme de membrane pyogénique, et dès lors sont susceptibles d'adhésion.

Il est à supposer que la muqueuse, d'abord à distance de l'orifice cutané, y est attirée plus tard par la cicatrisation, suivie de rétraction des parties intermédiaires ; ce qui permettrait la cure spontanée dans les premiers temps du processus.

Fermer l'orifice cutané, le trajet, l'orifice intestinal, ensemble, séparément, tel est le but de toute une série de procédés autoplastiques. Nous aurons à exa-

miner laquelle de ces trois conclusions est susceptible de donner les meilleurs résultats.

Réparer par un lambeau pris au voisinage les pertes de substance de la peau, tel est le but d'autres procédés autoplastiques.

L'anus contre nature est une difformité par changement de rapports. — Les changements de rapports sont peu marqués dans quelques conditions étiologiques, plaie sans hernie de l'intestin, abcès, pincement herniaire, où se produisent ce que Velpeau a appelé l'anus sans éperon ou bien la vulgaire fistule stercorale.

Ces rapports sont profondément modifiés si une anse complète a été comprise dans une gangrène herniaire.

Les deux portions de l'anse se rencontrent dès lors à angle plus ou moins aigu, ou prennent une direction parallèle, représentant une sorte de double canon de fusil. Au lieu d'être sur le prolongement l'une de l'autre, elles se répondent par leurs faces latérale ou mésentérique, unies par des exsudats ou séparées par le vide péritonéal où vient quelquefois se glisser une anse voisine : toutes dispositions intéressantes au point de vue de l'entérotomie. La cloison résultant de l'adossement des deux bouts de l'intestin, porte le nom de promontoire (Scarpa), d'éperon (Dupuytren), de cloison membraneuse, de clapet. Quelquefois à peine marquée, elle peut s'avancer jusqu'à l'orifice cutané. Elle fait l'office d'une soupape s'abaissant du côté du bout inférieur de l'intestin. On sait depuis Desault

qu'elle constitue le principal obstacle à la guérison

Le mésentère s'enfonce comme un coin entre les deux parois de l'éperon : tiraillé, il a de la tendance à se rétracter et peut par cette rétraction effacer l'éperon; tel est le mécanisme habituel de la guérison spontanée.

Parmi les déplacements qui s'opposent à la guérison spontanée, il faut noter la tendance qu'a l'ancienne hernie à se reproduire. Cette tendance se manifeste de la façon la plus évidente, même après la cure obtenue par une opération. Les auteurs citent un grand nombre d'exemples de leurs opérés qui ont dû porter des bandages.

M. Ollier voit de temps en temps dans son service un malade auquel il a réséqué 20 centimètres d'intestin, fait une entérotomie et une autoplastie. Cet individu revient d'année en année à l'Hôtel-Dieu pour réclamer un bandage herniaire. On pourrait croire que les adhérences contractées par l'intestin avec le pourtour de l'anneau amène la cure radicale de la hernie; il n'en est rien. On s'explique dès lors que cette poussée intestinale si opiniâtre, en s'exerçant sur la paroi restée intacte de l'anse perforée, vienne l'appliquer contre l'ouverture; surtout si l'on songe que le calibre de l'anse n'est plus maintenu à ce niveau par la tension intérieure des gaz intestinaux.

Le prolapsus de la muqueuse, sous forme de bourrelet, ou l'invagination d'une partie plus élevée de l'intestin s'oppose aussi avec puissance à l'occlusion de l'orifice extérieur, en même temps qu'elle suspend

parfois le passage des matières dans le bout inférieur en portant hors du ventre l'orifice du bout supérieur.

L'entérotomie en fendant l'éperon, l'entérectomie en supprimant ces obstacles et en rétablissant, en même temps que la continuité, la forme du tube intestinal, remédient à cet élément de la difformité.

Des changements de rapport plus graves encore surviennent quand les bouts se tordent l'un par rapport à l'autre, ou quand le bout inférieur se retire dans la cavité abdominale, s'y perd, se rétrécit et même s'obture, ou quand les deux bouts viennent s'ouvrir par des orifices différents.

Il n'y a plus seulement perte de substance, mais encore séparation anormale.

L'anus anormal est une difformité par excès de substance. — Je ne reviendrai pas sur les exsudats pseudo-membraneux plus ou moins vasculaires dont j'ai parlé à propos des adhérences. Je signalerai ici les exsudats interstitiels, les épaississements des parois qui, d'après Legendre, porteraient principalement sur la tunique musculaire. Cet épaississement est une garantie dans l'exécution de certains procédés d'anaplastie par renversement.

D'après Wittelshœfer, ces lésions inflammatoires s'étendent sur les parois à une certaine distance des bords de l'anus et occupent le mésentère. Dans les opérations d'entérectomie, il est prudent d'enlever ces parties modifiées par l'inflammation, mal disposées à la réunion immédiate.

Telles sont parmi les lésions de l'anus contre nature celles qui ont un rapport direct avec le processus de guérison ou l'intervention chirurgicale. Les modifications fonctionnelles qui en résultent consistent en le passage continu ou intermittent, total ou partiel, prompt ou tardif des matières par l'orifice anormal et l'inertie fonctionnelle du bout inférieur qui s'atrophie.

Nous avons signalé en passant les causes invoquées pour expliquer la guérison spontanée. On peut y ajouter la contraction des fibres de l'intestin auxquelles Demeaux et Legendre attribuent le retrait.

Rappelons maintenant les conditions anatomiques et physiologiques qui s'opposent à la guérison naturelle :

1° Isolement complet des deux bouts ;

2° Séparation des deux bouts par l'éperon ;

3° Prolapsus de l'intestin, de la muqueuse ;

4° Tendance à la récidive de la hernie ;

5° Larges orifices ;

6° Muqueuse occupant le trajet ;

7° Rétrécissement du bout inférieur.

8° Issue des matières et des gaz.

Toutes ces causes agissent soit en s'opposant au cours des matières, soit en empêchant l'occlusion complète des orifices. D'où la double indication : 1° de rétablir le cours des matières ; 2° de fermer les orifices. Pour remplir la première on a l'entérotomie ; pour répondre à la seconde, les méthodes anaplastiques proprement dites. Il suffit quelquefois de répondre à l'une

ou l'autre d'entre elles, de retablir le cours des matières si les orifices ou le trajet présentent des conditions favorables à l'occlusion spontanée, de fermer les orifices si le cours des matières n'est que peu gêné par l'éperon. Mais dans les véritables anus contre nature, le plus souvent il faut recourir aux deux. On pratique d'abord l'entérotomie ; les selles passent par les voies naturelles, mais l'orifice extérieur ne se ferme pas ; on intervient alors par une autoplastie.

Quant à la méthode nouvelle de résection de l'intestin suivie d'entérorrhaphie, elle remplit en une même séance la double indication de rétablir le cours des matières et de fermer la perte de substance. Elle y arrive en corrigeant chacun des éléments dont se compose la difformité *anus contre nature*.

Il y a des réunions anormales : elle libère l'intestin ; des pertes de substance, elle les répare par le rapprochement de l'intestin, de la peau ; des séparations anormales, elle réunit par suture ; des excès de substance, elle les supprime par l'entérectomie ; des changements de rapport, elle les restitue, en rétablissant l'axe intestinal, en réduisant dans la cavité abdominale les parties déplacées vers les orifices herniaires.

Elle répond à toutes les conditions d'une bonne anaplastie dans le sens où l'entend M. le professeur Verneuil. C'est donc une opération parfaite en théorie, et la pratique y répondrait, n'était la gravité spéciale des opérations qui ouvrent le péritoine.

En partant de ces considérations de physiologie pathologique, je diviserai les méthodes de traitement

chirurgical des anus contre nature en trois grandes classes :

1° Méthodes ayant pour but le rétablissement du cours des matières.

2° Méthodes ayant pour but la fermeture de la solution de continuité.

3° Méthode remplissant à la fois la double indication.

Mais auparavant, je parlerai du traitement médical.

J'ai dit au début de ce travail qu'il fallait établir une différence tranchée au point de vue du traitement entre l'anus contre nature vrai et la fistule stercorale, entre les cas où il y avait éperon et obstacle au cours des matières et ceux où les mêmes conditions anatomiques et physiologiques n'existaient pas.

J'ai dit aussi qu'il y avait ordinairement deux périodes dans le traitement de l'anus anormal, et que la première avait pour but de détruire l'éperon et de rétablir la voie naturelle, c'est-à-dire de transformer l'anus contre nature en fistule stercorale. Il en résulte que sous le titre : *Méthode ayant pour but l'occlusion de la perte de substance*, j'étudierai à la fois et le deuxième temps du traitement de l'anus contre nature et e t raitement complet de la fistule stercorale, ou, pour parler plus exactement, j'étudierai le traitement de la fistule stercorale qui est primitive et de celle qui est consécutive à un anus anormal.

On pourra m'objecter que, dans quelques cas, l'ouverture persistant après l'entérotomie même réussie est trop large, occupe une trop grande partie de la paroi

intestinale pour être désignée sous le nom de fistule stercorale, et on me dira qu'il s'agit de ce que Velpeau appelait l'anus contre nature sans éperon. Cela est vrai : mais les mêmes procédés s'adressent aux anus contre nature sans éperon et aux fistules stercorales, et si les premiers sont plus rebelles, je n'ai pas pour cela à leur faire une place à part qui n'exposerait qu'à des répétitions. Du reste, c'est à propos de ce qu'il appelait l'anus sans éperon que Velpeau a inauguré l'application des opérations autoplastiques qui certes conviennent aux fistules stercorales.

CHAPITRE II

Traitement médical de l'anus conte nature et des fistules stercorales

Le grand nombre d'observations relatives à des anus contre nature et fistules stercorales guéris spontanément doit engager le chirurgien à rester pendant un certain temps simple spectateur des efforts de la nature, prêt à aider le processus par des moyens simples avant d'entreprendre une opération.

Le traitement médical convient à deux périodes de la maladie.

Dans les deux ou trois premiers mois, il est le seul à employer, à moins d'indications spéciales. Si le malade

s'affaiblit par déperdition des matériaux nutritifs, on pourra intervenir plus rapidement. C'est là, je crois, la seule indication véritable de la prompte intervention. Quant à prétendre qu'on fera bien d'opérer plus tôt à cause du retrécissement possible du bout inférieur, les raisons en seraient difficiles à donner. Dans nombre d'observations où on a opéré après plus de trois mois, on n'a pas constaté ce rétrécissement, et il est probable que s'il existe à cette époque, c'est pour des raisons autres que le laps de temps écoulé depuis l'établissement de l'anus. En intervenant plus tôt, on agit sur une région où il existe encore des processus d'inflammation subaiguë qu'on peut exaspérer par l'application de l'entérotome ou une opération plus radicale. Jusque là, à moins de dépérissement du malade, il faut s'en tenir au traitement médical, et s'y tenir, à plus forte raison si la marche de l'affection indique une tendance à la guérison spontanée.

Une fois les phénomènes d'inflammation absolument calmés, deux cas se présentent : ou on a affaire à un véritable anus avec éperon et obstacle au cours des matières, ou bien à une fistule stercorale. Dans ce dernier cas le traitement médical doit être encore continué.

Son importance a été bien établie par les membres de l'Académie royale de chirurgie qui l'ont étudié dans plusieurs mémoires.

Relativement au régime, La Peyronie conseillait une diète sévère : il avait en vue l'occlusion de l'orifice extérieur qu'il supposait, et non sans raison, en-

tretenu par le passage des matières. Louis préconisa au contraire une alimentation substantielle dont il invoquait le rôle mécanique. Louis se préoccupait beaucoup du retrécissement du bout inférieur et aussi de l'occlusion trop rapide de l'orifice cutané. Il craignait les accidents de rétention des matières et il aurait plutôt conseillé de s'opposer à la cicatrisation de la plaie.

Plus tard Scarpa donnait le même conseil que Louis, guidé comme lui par une idée mécanique: il pensait que les aliments, en passant du bout supérieur dans l'inférieur, contribuaient à refouler l'éperon.

Aujourd'hui tous les chirurgiens s'accordent à conseiller une alimentation abondante, mais plutôt pour soutenir les forces du malade que pour dilater le bout inférieur ou presser sur l'éperon.

Louis (1) et Sabatier (2) ont insisté sur l'utilité des purgatifs et des lavements. Pour le premier, les lavements agissent en assurant la perméabilité du bout inférieur « l'amas de matières entre la plaie et le fondement formant une résistance qui peut déterminer la totalité de celles qui parcourent la partie supérieure du canal à passer par la plaie ». Il cite des cas où les lavements entraînèrent l'issue de matières fécales et la guérison prompte de la plaie qui jusqu'à leur emploi avait donné passage à toutes les matières.

Il croit aussi à l'utilité des minoratifs, se fondant sur les déchirements que produit le dégagement des ma-

(1) Louis. Mém. Ac. de chir., t. VIII.
(2) Sabatier. Id., t. XV.

tières dures à travers la plaie dont la consolidation est commencée.

Sabatier pense que ces deux moyens sont excellents et qu'il faut y avoir recours dès que les premiers accidents sont dissipés.

Pipelet (1) rapporte l'observation remarquable d'une femme à laquelle il administra un minoratif quatre mois après l'établissement d'un anus contre nature ; dès ce moment les matières reprirent leur route par le rectum, et la plaie fut cicatrisée en 12 ou 15 jours.

Je rapporte plus loin une observation qui m'a été communiquée par M. le professeur Desgranges : il s'agit d'un anus anormal dans lequel la voie naturelle était en partie ouverte aux matières, qui ne passaient plus que par la plaie dès que la constipation existait depuis deux jours.

Chassaignac cite un cas cas où il y avait irruption des matières fécales par la fistule, dès que les selles cessaient d'être évacuées régulièrement.

Dans l'observation de M. le professeur Trélat, qui est rapportée plus loin, on amena une fistule stercorale à guérison presque complète par l'administration souvent répétée d'huile de ricin, et quotidienne de lavements. J'ai entendu ce professeur insister sur l'utilité de ces moyens purement médicaux pour obtenir la cure des fistules stercorales proprement dites.

Il ne faut pourtant pas exagérer l'emploi des purgatifs, et il est bon de recourir aux purgatifs doux et non

(1) Pipelet. Id., t. XI.

à ceux qui, amenant des contractions péristaltiques énergiques, accélèrent la marche du bol, ce qui peut nuire à la nutrition, si l'anus anormal est situé trop près du pylore (Costello) (1). Dans ce cas il serait peut-être indiqué de ralentir la marche des aliments par l'emploi de l'opium.

Alimentation substantielle de bonne qualité et de digestion facile, vin généreux, emploi rationnel des lavements évacuateurs et des purgatifs doux, voilà les éléments principaux du traitement médical. Il faut y joindre, dans les cas où les malades sont affaiblis par l'existence d'un anus contre nature situé au voisinage de l'estomac, l'injection de matières alimentaires liquides ou demi-solides par le bout inférieur et aussi l'administration des lavements alimentaires.

Les Allemands signalent dans leurs observations les effets vraiment merveilleux des injections de peptone.

Il n'est pas besoin d'insister sur la nécessité de tenir le pourtour de la plaie dans une propreté aussi parfaite que possible par des lavages répetés : la plaie sera recouverte, dans sa première période, de compresses rendues antiseptiques par la créosote, l'acide phénique, etc. Il est important de désinfecter la plaie et de soustraire des malades affaiblis à une atmosphère constamment viciée par l'odeur des matières fécales.

En résumé, traitement médical de deux ou trois mois pour les vrais anus contre nature, à moins d'in-

(1) The Cyclopedia of practical Surgery, t. II, 1861.

dication spéciale, et plus longtemps prolongé pour les simples fistules stercorales.

Ce traitement compte de nombreux succès surtout s'il est associé à d'autres moyens, tels que la position, la compression et la cautérisation des bords avec le nitrate d'argent.

La position horizontale en favorisant la rétraction du mésentère, en évitant la poussée intestinale, est un adjuvant utile des moyens médicaux : elle était conseillée déjà par Dupuytren, et nous avons entendu nos maîtres insister sur la nécessité d'un décubitus longtemps prolongé. C'est un excellent moyen pour éviter une complication fâcheuse en ce qu'elle s'oppose à la fermeture de l'orifice extérieur, à l'invagination de l'intestin ou au prolapsus de la muqueuse.

CHAPITRE III.

DES MÉTHODES AYANT POUR BUT LE RÉTABLISSEMENT DU COURS DES MATIÈRES.

Trois cas peuvent se présenter. Ou bien, il existe un éperon sur lequel il est possible d'arriver par l'orifice anormal, ou bien il n'existe pas d'éperon et l'issue presque complète des matières tient à quelque autre des conditions que nous avons examinées pré-

cédemment, le bout inférieur conservant sa perméabilité et ses rapports habituels, ou bien le bout inférieur est comme perdu ou obturé.

Dans la première variété, l'indication est de faire disparaître l'éperon par l'entérotomie.

Dans la deuxième variété, anus contre nature sans éperon, on a recours à l'occlusion de l'orifice extérieur. Dans la troisième, tantôt on a recours à des procédés détournés qui permettent encore l'application de l'entérotome, tantôt on pratique les opérations de laparo-entérectomies que nous décrirons dans notre cinquième chapitre.

Nous étudierons, dans ce chapitre, les moyens ayant pour but la destruction de l'éperon. De ces moyens, les uns, qui appartiennent à l'histoire de l'art, consistent à refouler l'éperon par la compression directe, suivant la méthode de Desault; les autres, d'un usage fréquent, ont pour but d'en opérer la section.

Moyens ayant pour but l'effacement ou la section de l'éperon.

Ce sont les premières tentatives chirurgicales dirigées contre l'anus contre nature, elles font le plus grand honneur aux chirurgiens qui ont su appliquer d'une façon aussi avantageuse aux malades les données de la physiologie pathologique. Jusque-là, après le traitement médical qui a, du reste, aidé des forces de la nature, donné de nombreux succès, on ne con-

naît que les moyens palliatifs. On lit, dans les mémoires de l'Académie royale de chirurgie qu'à propos d'un malade âgé de 29 ans, décidé à une intervention, auquel le roi daignait prendre intérêt, malgré des motifs aussi pressants, Sabatier, ayant consulté MM. les premiers chirurgiens, fut d'avis qu'il fallait s'en tenir à des soins purement palliatifs (1).

La tendance des chirurgiens de l'époque est de dissimuler leur impuissance derrière une appréciation un peu fantaisiste des désagréments de la maladie. Voici comment Louis s'exprime à cet égard (2) : « La seule objection que l'on puisse faire à l'anus contre nature se résume à dire qu'un pareil égout pour les matières stercorales est une incommodité rebutante qui dure autant que la vie. Mais n'entre-t-il pas un peu de préjugés dans cette allégation ? Qu'on examine la chose avec attention. La nature exige qu'il y ait dans tous les animaux une voie par laquelle ils puissent se débarrasser du résidu de leur digestion. Les hommes ont cet assujettissement et il dure autant que la vie. »

Cette façon de s'exprimer fait songer par contraste à la fable *le Renard et les Raisins*.

Quelques années plus tard, les chirurgiens tiendront un autre langage.

Ecoutons Dupuytren, lisant en 1824, à l'Académie

(1) Sabatier. Mém. sur les anus contre nature. (Mém. de l'Ac. roy. de chir., t. XV.)

(2) Louis. Mémoire sur la cure des hernies, etc. (Mém. Ac. roy. de chir., t. VIII.)

de médecine, son *Mémoire sur une méthode nouvelle pour traiter les anus accidentels* : « C'est avec un juste sentiment de défiance dans mes forces que je viens vous entretenir de l'anus accidentel, maladie dégoûtante et dangereuse tout à la fois, qui condamne ceux qu'elle atteint à vivre loin du monde et les fait souvent mourir dans un marasme affreux. » Mais l'illustre et fier chirurgien peut ajouter : « J'oserai appeler votre attention sur une maladie réputée incurable dans un grand nombre de cas, et qui doit aux travaux que je vais exposer d'être rentrée dans la classe de celles que l'on peut guérir sans beaucoup de difficultés et de dangers (1). » Il venait annoncer la découverte et les résultats de l'entérotomie.

L'entérotome de Dupuytren est l'instrument pratique par excellence pour la section de l'éperon. On a imaginé depuis, un grand nombre d'entérotomes qui ont leur raison d'être : il faut que celui de Dupuytren soit bien parfait pour qu'on n'en ait pas fabriqué un plus grand nombre.

Dupuytren croyait avoir eu le premier l'idée de pratiquer la section de l'éperon, quand Breschet découvrit qu'elle avait été faite en Allemagne par Schmalkalden et aux Etats-Unis par Physick.

Le travail de Schmalkalden est une dissertation soutenue en 1798 sous la présidence du docteur Kreysig, elle a pour titre : *Nova methodus intestina uniendi.* Viteb. 1798. « Il n'est pas permis, dit Dupuytren, après

(1) Mém. de l'Ac. de méd , t. I, 1828.

avoir lu cet extrait, de douter que Schmalkalden n'ait, le premier, conçu et exécuté le projet d'établir une communication entre le bout supérieur et le bout inférieur de l'intestin en perforant la cloison qui les sépare » Voici comment M. le professeur Lefort décrit l'opération de Schmalkalden : « Il fit pénétrer dans le bout inférieur un stylet dont la pointe était protégée par de la cire. Guidé par le doigt introduit dans le bout supérieur, il perfora l'éperon à sa base, et, par la perforation, introduisit un bistouri boutonné avec lequel il sectionna l'éperon. Plus tard, il sectionna plus profondément l'éperon avec des ciseaux à extrémités mousses. La guérison complète ne fut obtenue qu'après deux ans, car il persista quelque temps une petite fistule. »

Quant à l'opération de Physick, on la connaît par son gendre, le docteur Dorsey (*Elements of surgery*, Philadelphia, 1813, T. II, p. 67. *Artificial anus*). En voici la traduction : « Chez un malade porteur d'un anus artificiel, à l'hôpital de Pensylvanie, le Dr Physick pratiqua une opération qu'on verra probablement apporter un complet soulagement dans maints cas semblables. Les parois de l'intestin, dans ce cas, étaient soudées latéralement, ou, suivant le langage de M. Cooper, semblables à un fusil à double canon. En vue d'assurer cette union, une ligature fut passée à travers l'intestin et laissée à demeure pendant une semaine, mettant les parois en contact parfait, après quoi, le Dr Physick fit une incision dans les parois de l'intestin, dont les deux portions étaient ainsi réu-

nies; on tamponna l'orifice externe et les matières fécales reprirent leur route naturelle; l'ouverture externe fut fermée quelque temps après, le patient fut débarrassé de cette dégoûtante infirmité. Il a depuis plusieurs années joui d'une parfaite santé. » Mais, avant toutes ces tentatives, Desault avait pratiqué le refoulement du promontoire.

Méthode de Desault. — Desault introduisait dans les deux bouts du canal des mèches longues et volumineuses, qui avaient l'avantage de repousser la cloison mésentérique, de dilater les deux bouts, de prévenir le prolapsus, et de diriger les matières du bout supérieur dans le bout inférieur. Le promontoire effacé, il cherchait à obturer l'orifice extérieur par un tampon, qu'il remplaçait plus tard par de simples compresses. Il donnait en même temps des purgatifs et des lavements. Cette méthode réunissait l'emploi des moyens médicaux et chirurgicaux ; elle cherchait à remplir les deux indications principales, mais avec des moyens insuffisants. Aussi, bien que Desault ait obtenu des succès, il est juste de dire qu'elle ne réussissait pas dans les cas graves, dans ceux où l'intestin a perdu la presque totalité de sa circonférence et où l'éperon est très prononcé.

Cette méthode est souvent inefficace : elle n'est pas exempte de dangers. Dupuytren, qui l'essaya en 1809, excita chez son malade des douleurs, des coliques, des vomissements tels qu'il dut y renoncer; il s'était servi d'un croissant d'ivoire monté sur une

tige, terminée par une plaque percée de trous destinés à laisser passer les fils qui devaient fixer l'instrument.

En 1824, Colombe proposa de placer dans l'intestin une canule légèrement courbe appuyant sur l'éperon par sa cavité et retenu à l'extérieur au moyen d'un fil : Velpeau, qui l'essaya en 1831, eut plus qu'un insuccès. Son malade mourut par suite d'une perforation.

La méthode de Desault aurait réussi à Roberty (Foucher). M. le professeur Richet, qui essaya un instrument analogue à celui de Dupuytren, dut le retirer au bout de trois jours : pourtant il y avait amélioration quand la malade mourut d'une diarrhée survenue incidemment. M. Fochier, de Lyon, qui l'a essayée dans une des observations que nous résumons plus loin (*Lyon Médical*, 1874), a dû y renoncer pour recourir à l'entérotome.

En résumé, la compression de l'éperon constitue un moyen sinon inefficace, du moins infidèle, et qui n'est pas exempt d'accidents.

Méthode de Dupuytren : *Section de l'éperon.* — La section de l'éperon a été faite au bistouri, au ciseau, par la ligature, par l'écrasement linéaire et par des instruments spéciaux dits *entérotomes*.

Smalkalden avait pratiqué la section au bistouri, Physick, la ligature suivie de section. Dupuytren, sans connaître ces tentatives, essaya, en 1813, un procédé ingénieux qui était sur le point de donner un succès quand l'impatience du chirurgien vint

compromettre la guérison. Se basant sur ce fait de physiologie pathologique qu'une inflammation modérée amène l'adhésion des séreuses, Dupuytren chercha à provoquer cette adhésion entre les lames de la cloison en la perforant à sa base à l'aide d'un fil, qu'il remplaça par une mèche dont il augmentait tous les jours le volume. Au bout de huit jours, le cours des matières était rétabli. Pour accélérer la guérison, on pratiqua à la base de la cloison détruite des incisions successives d'une demi-ligne au plus. Un jour l'incision ouvrit le péritoine et le malade mourut.

C'est alors que Dupuytren eut l'idée de provoquer l'adhésion des séreuses au moyen d'une pince qui ne détruirait les tissus qu'à une époque où les adhérences seraient assurément formées.

Entérotome de Dupuytren. — « Après bien des essais, nous dit l'auteur, l'entérotome, ou l'instrument destiné à diviser les parois adossées des deux bouts de l'intestin, fut définitivement construit de la manière suivante : il se compose de trois pièces ou de deux branches latérales et d'une vis de pression à plusieurs filets. Les branches ont sept pouces environ de longueur ; une d'elles, qu'on peut appeler la branche mâle, parce qu'elle est reçue dans l'autre, est formée d'une lame, longue de quatre pouces, large de trois lignes, et d'une demi-ligne d'épaisseur sur son tranchant. Celui-ci est ondulé, et son extrémité libre se termine par un renflement sphéroïde. A l'union de cette lame avec le manche est une mortaise, de quel-

ques lignes d'étendue derrière laquelle est le manche lui-même, qui a deux ou trois pouces de longueur, et qui est fendu dans presque toute son étendue par une autre mortaise large de quatre lignes.

La branche femelle de l'entérotome est un peu moins longue que la précédente. Elle présente sur un de ses côtés une gouttière dont les bords, d'épaisseur et de longueur égales à la lame de la branche mâle, sont séparés par un intervalle destiné à recevoir et à loger complètement celle-ci. Le fond de cette gouttière est creusé d'ondulations dont les saillies et les enfoncements correspondent aux enfoncements et aux saillies du bord ondulé de l'autre branche ; à son extrémité est une cavité destinée à recevoir le bouton qui termine cette dernière. A l'union de la gouttière avec le manche existe un pivot tournant, qui doit être reçu dans la mortaise de la branche mâle ; enfin, vient le manche lui-même, qui est paré à son extrémité d'un trou taraudé, destiné à recevoir la vis de pression.

Celle-ci, ou la troisième partie de l'entérotome, est longue d'un pouce et demi, terminée par une plaque ou pavillon de forme ovalaire, et faite de plusieurs filets. Passée dans la longue mortaise de la branche mâle, cette vis est engagée ensuite dans le trou de la branche femelle, et son action consiste à rapprocher à volonté les lames de l'instrument. »

Depuis, un certain nombre de modifications plus ou moins heureuses ont été apportées à l'instrument de Dupuytren : les unes pour remédier aux imperfec-

tions vraies ou supposées de ce dernier, les autres pour répondre à des indications spéciales.

Liotard (*Thèse de Paris*, 1819) a proposé un instrument en forme de pinces, dont les extrémités se terminent par un anneau ovalaire de 18 lignes de long sur 8 lignes de large, sectionnant à la façon d'un emporte-pièce. Il a pour but de remédier au prétendu inconvénient de l'instrument de Dupuytren, de faire une fente trop étroite, et d'agir avec plus de rapidité. Delpech a fabriqué un entérotome destiné à faire la section en plusieurs fois, dans le but d'éviter la suppuration et la rétraction consécutive d'une trop grande perte de substance. Son instrument a la forme d'un compas à branches isolées, creuses, en tube, recourbées légèrement et terminées par deux coques d'un pouce de long, qui doivent se toucher par deux arêtes mousses pressées l'une contre l'autre par une vis de pression. Le point de départ de Delpech est faux, dit Laugier; si, après l'entérotomie de Dupuytren, un nouvel éperon devait se former par le fait même de la cicatrisation, on verrait le cours des matières, d'abord facile, devenir difficile; or, c'est le contraire qui se produit.

Blandin a proposé un entérotome qui, correspondrait à une indication spéciale dont la valeur est contestable. Employé pour la première fois en 1834 sur un malade dont l'observation est rapportée dans la thèse de Chomette (*Thèse de Paris*, 1836), il diffère de celui de Dupuytren en ce que ses deux branches offrent à leur extrémité deux plaques ovalaires de 18 à 20 lignes

de longueur sur 6 à 8 de largeur; leur surface interne est ondulée, et chaque enfoncement correspond à une éminence opposée. Jusqu'ici cet instrument n'est autre chose que l'entérotome proposé par Liotard; mais l'instrument de Blandin en diffère par l'écartement des branches destiné à recevoir l'éperon : le but du chirurgien était de conserver l'éperon tout en faisant communiquer les deux bouts de l'intestin par une large perforation. L'éperon, en partie conservé, devait s'opposer à la sortie des fèces comme une sorte de cloison. D'après Blandin, il n'est applicable qu'aux cas où les deux bouts sont parallèles ou presque parallèles.

La bride laissée par l'instrument vis-à-vis de l'orifice est-elle réellement avantageuse? Le fait est plus que douteux. Chez un malade de Denonvillers, la perforation circulaire établie par l'instrument de Blandin s'était rétrécie après la première opération, et l'on dut l'appliquer de nouveau précisément sur la bride qu'il avait ménagée.

Reybard, pour rendre plus rapide la section de l'éperon, a imaginé une pince dont les mors présentaient une rainure dans laquelle on pouvait porter un instrument tranchant, pendant que la pince maintenait accolées les deux lames de l'éperon. Son premier instrument était muni de deux lames coupantes. Lui trouvant quelques imperfections au point de vue de la manœuvre de l'instrument, il en fit construire un second qu'il décrit ainsi. Ce nouvel entérotome se compose de deux parties :

« D'une pince fenêtrée, longue de 6 pouces environ, et d'une lame tranchante à une de ses extrémités ayant la même longueur. La pince est formée de deux branches ; chaque branche est percée d'une extrémité à l'autre par une fente d'environ deux lignes et demie de large ; elles sont réunies à leur extrémité inférieure par une sorte d'articulation fermée par une vis transversale. A deux pouces de l'extrémité inférieure de la pince, il y a sur la branche supérieure, à droite et à gauche, deux trous placés en regard de deux autres trous qui existent sur la branche inférieure ; ils reçoivent les vis de pression destinées à fermer l'instrument. Au-dessus de ces vis commence la partie de la pince qui doit saisir la cloison intestinale. Cette partie est représentée dans chaque branche par deux tiges parallèlement disposées, minces, légèrement élastiques, et réunies à l'extrémité supérieure de la pince par un contour arrondi. Les bords correspondants des tiges de la branche inférieure présentent une cannelure, espèce de coulisse qui commence un pouce au-dessus de l'extrémité inférieure de cette pince et qui finit quatre lignes plus bas que l'extrémité supérieure. C'est dans cette coulisse qu'est reçu et que glisse le bouton aplati placé à l'extrémité du tranchant de la lame. La lame aplatie, large d'environ six lignes, offre à une de ses extrémités un tranchant obliquement dirigé en haut et en arrière. La pointe de ce tranchant se termine par un bouton aplati, qui assujettit la lame dans la cannelure pratiquée sur la branche inférieure et la dirige

pendant l'opération (*Gazett. médic. de Paris*, 1838). »

La pince appliquée, on fait la section de la cloison, qui est absolument indolente, et on retire la lame.

Je m'arrêterai un moment sur la modification proposée par l'ingénieux chirurgien. Reybard reprochait à l'entérotome de Dupuytren les vives douleurs et les phénomènes inflammatoires qu'il provoque parfois, ainsi que son extrême lenteur ; le sien avait pour avantage la division rapide de la cloison membraneuse, tout en empêchant l'hémorrhagie et en provoquant des adhérences. Pour rendre l'épanchement des matières moins périlleux, il conseille, *au moment où le chirurgien établit l'anus contre nature* dans la hernie gangrénée, une manœuvre opératoire spéciale, qui consiste à tirer dans la plaie une portion des bouts d'intestin et à les y retenir pour pratiquer l'entérotomie hors de la cavité abdominale. Il fut amené à cette pratique par un cas de hernie vaginale testiculaire dans laquelle l'étranglement s'était produit à l'entrée de la hernie dans la tunique vaginale. L'éperon s'était constitué dans le scrotum et l'application de la lame coupante avait amené en quinze jours l'anus contre nature à l'état de fistule stercorale. Dans un cas de hernie crurale, il désinséra l'intestin de son mésentère pour en fixer les bouts aux lèvres de la plaie, fit une entérotomie précoce hors du ventre; l'instrument resta cinq heures en place. L'anus devint une simple fistule qui guérit en trois mois et demi (obs. III et IV).

Dans deux autres cas (obs. IV et V), il suivit la

même pratique au moment de la herniotomie et put, dans l'un d'eux, se contenter de sectionner la cloison au ciseau. On pourrait reprocher à Reybard de s'être créé un éperon afin de le couper ensuite. Les succès obtenus par lui n'en sont pas moins excessivement remarquables, dignes d'appeler l'attention des chirurgiens par la simplicité de l'opération et la rapidité des bons résultats obtenus. Aussi disait-il : « Je saisis avec empressement l'occasion d'opérer dans ces cas graves (hernies gangrenées) pour augmenter le nombre des observations d'anus contre nature, dont j'obtiens si facilement la guérison avec mon entérotome. » Il ne conseille pas, du reste, ce procédé pour les cas où l'éperon est dans l'abdomen.

Bourgery a fait représenter une pince articulée très compliquée dont les mors s'élargissent sous l'influence d'une tige de rappel : les branches pourraient être introduites par une fistule étroite et prendre leur développement une fois appliquées.

Reybard, l'un des premiers, disent Gaujot et Spillmann, a proposé de se servir d'un entérotome à mors parallèles pour remédier à l'inconvénient de celui de Dupuytren qui donne une pression plus forte à l'entrecroisement que vers l'extrémité des mors. Charrière en a construit un d'après ce principe : les manches sont percés d'une rainure grâce à laquelle on peut faire glisser les branches suivant une courbe sur leur pivot.

Nélaton a fait construire un instrument à larges mors et à branches parallèles. Ce chirurgien a con-

seillé une modification des plus heureuses : elle consiste en ce que les manches de l'instrument peuvent se démonter après application, modification qu'on rencontre sur diverses variétés d'entérotomes.

Legendre (*Mém. de la Soc. de chir.*, 1863, p. 269) a imaginé une pince-entérotome analogue à celle de Blandin, avec ce changement que la branche femelle s'articule avec la branche mâle par une série de trous de manière à permettre l'articulation à des distances variables, de manière à pouvoir diminuer à volonté la surface de contact des deux branches. On peut opérer la section par petite portion, ce qui mettrait en garde contre les déchirures et les épanchements ; de plus ce rapprochement progressif éloignerait les organes qui pourraient s'interposer entre les deux lames.

M. le professeur Richet a fait construire un entérotome d'une introduction facile ; il se compose de deux longues lames articulées à une de leurs extrémités au moyen de deux vis agissant en sens inverse pour rapprocher les lames.

L'entérotome de M. le professeur Panas permet l'introduction des branches même par un orifice fistuleux : les branches sont courtes, n'exercent, grâce à leur incurvation, aucune pression au niveau de leur articulation : une articulation semblable à celle du forceps facilite l'introduction séparée des branches.

Dans ces dernières années, on s'est servi de compresseurs plus simples et à la disposition de tout le monde, les pinces de pansement (professeur Verneuil), les

pinces de Kœberlé (Gross) ; il faut alors recourir à une série d'applications successives.

Quelques instruments ont été construits pour des cas spéciaux.

Celui de Sédillot a ses branches de contact séparées supérieurement par une forte courbure et terminées par des branches susceptibles d'être rapprochées par des vis agissant à l'autre extrémité de l'appareil. Cette disposition était destinée à éviter la pression des parties intermédiaires dans un cas où les deux bouts étaient séparés par un grand espace. Il s'agissait d'un anus contre nature à quatre orifices dont deux appartenaient à une anse isolée du reste du tube digestif.

Casamayor a fait construire, pour un anus iléo-vaginal, un entérotome adapté à la situation profonde de l'éperon et à la nécessité d'introduire les branches l'une dans le rectum, l'autre dans le vagin.

Vidal de Cassis avait proposé l'entérotomie caustique dans le but d'amener une destruction plus rapide, tout en assurant la formation des adhérences. Laugier a fait construire un entérotome porte-caustique composé de deux gouttières dans lesquelles on dépose le caustique qui y est maintenu au moyen de deux lames glissant dans une rigole, qu'on retire après saisie de l'éperon.

L'entérotomie caustique a été quelquefois pratiquée à Lyon ; j'en rapporte plus loin un cas (obs. XXII). L'entérotome avait été garni de pâte de Canquoin ; la chute n'ayant eu lieu qu'au bout de six jours, on ne voit pas que cette modification ait un avantage au

point de vue de la rapidité. Dans l'observation de M. Panas, le chlorure de zinc fut enlevé au bout de trois heures, puis l'instrument remis en place cinq jours ; là encore on n'a rien gagné au point de vue de la rapidité. On ne peut rien conclure des faits peu nombreux qui ont été publiés relativement à la sécurité plus grande que donnerait ce procédé au point de vue des adhérences. En revanche d'avantages douteux, cette pratique soulève des objections sérieuses, quoique théoriques : la crainte des fusées de caustique à distance du point d'application.

Malgaigne disait des modifications apportées à l'instrument de Dupuytren qu'elles ne faisaient que nuire à sa simplicité. De fait, il est encore le plus souvent employé et applicable à la majorité des éperons. Il est difficile de juger comparativement les nouveaux instruments à cause du petit nombre de cas où ils ont été mis en œuvre.

La substitution des larges mors aux mors étroits, dans le but de supprimer une partie de la cloison, ne paraît pas avoir une grande valeur, l'instrument de Dupuytren donnant une ouverture suffisante, ainsi que le démontrent l'expérimentation sur le cadavre et les autopsies.

M. le professeur Gosselin, ayant eu l'occasion de pratiquer une autopsie chez le sujet de l'obs. XVI, trouva une cavité très large sans persistance d'aucune saillie intérieure et sans apparence de ce tissu inodulaire que Delpech avait signalé comme une des conséquences probables de l'opération de Dupuytren (*Bull.*

de la Soc. de chir., 1856). « Cette pièce, dit M. Gosselin, est en faveur de Dupuytren et contre l'opinion de ceux qui veulent qu'on coupe l'intestin en travers plutôt que d'arrière en avant. » On peut en rapprocher l'observation suivante inédite qui m'a été communiquée par M. le professeur Desgranges.

1854 (Observation communiquée par M. Desgranges). — Desnoyers, femme, 67 ans. Hernie crurale étranglée, gangrénée. Anus complet. Santé générale mauvaise. Dilatation de l'orifice et entérotome de Dupuytren saisissant l'éperon dans l'étendue de 5 centimètres. Pas d'accidents, chute au bout de 6 jours.

La plaie ne se ferme pas; les forces diminuent et la malade meurt dans l'adynamie, un mois après l'entérotomie.

Autopsie. — Adhérences complètes au pourtour de l'orifice anormal. L'éperon qui, au moment de l'opération, touchait à l'orifice, en est éloigné de 5 à 6 centimètres au moins. La cavité comprise entre l'orifice de la paroi et les extrémités accolées de l'intestin a plus de largeur que l'intestin grêle et n'est obstruée par aucun obstacle.

Le parallélisme des branches est une modification plus avantageuse pour les cas où l'éperon est épais à son sommet comme à sa base, l'instrument de Dupuytren ayant un écartement plus étroit près de l'articulation et risquant de ne comprimer que le sommet de l'éperon.

Le mode d'articulation a aussi une certaine importance : il en est de l'entérotome comme du forceps. Il est quelquefois difficile d'articuler l'instrument après qu'on en a introduit séparément les deux branches :

à ce point de vue les instruments de MM. Panas et Richet présentent de grands avantages.

Enfin l'étroitesse de la fistule peut nécessiter aussi des dispositions spéciales.

La possibilité de démonter les branches, qui a été adaptée à divers instruments, est d'une incontestable utilité.

En résumé, l'entérotome de Dupuytren suffit pour les cas simples et ordinaires. Pour certaines dispositions spéciales, on aura recours à des instruments spéciaux. Il peut être utile d'employer des branches non symétriques, s'il y a entrecroisement des deux bouts de l'intestin. Les instruments à plaques ont leur raison d'être s'il s'agit d'aller porter l'entérotome au loin (anus iléo-vaginaux), de créer une communication anormale entre deux portions d'intestin à une certaine distance de l'anus anormal (cas de Laugier, obs. XXI).

L'entérotomie est le moyen le plus innocent et le plus pratique de destruction de l'éperon. Je ne copierai pas ici une physiologie pathologique que l'on trouve exposée d'une façon magistrale dans les ouvrages de Dupuytren. Gangrène de la portion comprise entre les mors, inflammation adhésive des séreuses dans le voisinage immédiat, écartement des bords de la section, formation d'une cavité large intermédiaire aux deux bouts de l'intestin ; tels sont les résultats de son application. Les autres procédés de destruction, ligature, section au bistouri, au ciseau même à petits coups, écrasement linéaire de Chassaignac, excision en V,

de Rayé de Vilvade, section de l'éperon après une application de l'entérotome pendant deux jours, suivant le conseil de Jobert de Lamballe, doivent être laissés de côté. Ils peuvent donner des succès ou plutôt ils peuvent ne pas donner de revers; mais on ne saurait compter sur eux; ils n'offrent pas au chirurgien la sécurité que lui donne la formation des adhérences plus certaine avec l'instrument de Dupuytren.

Avant d'aborder les règles d'application de l'entérotome, je rappellerai un cas particulier de cette application mis en usage par Laugier dans un cas où le bout inférieur n'avait pu être trouvé. Il recourut alors à l'*entérotomie iléo-cæcale* (obs. XXI). Pour se procurer le bout inférieur qui lui manquait, il créa d'abord un anus artificiel près de l'orifice de l'anus accidentel aux dépens du cæcum. Ce bout inférieur ainsi créé, il pratiqua l'entérotomie au moyen d'un instrument spécial se composant de deux branches ellipsoïdes portant deux plaques métalliques destinées à faire emporte-pièce. Le malade mourut d'infection purulente avant qu'on ait pu connaître le résultat de l'opération.

Sédillot avait en 1851 (Barincou, th. de Strasbourg, 1851), pratiqué dans un cas, où un pont cutané séparait les deux bouts de l'intestin, la perforation de la cloison intermédiaire au moyen d'un entérotome dont nous avons parlé plus haut.

Application de l'entérotome. — Je n'ai rien à ajouter à ce qui est décrit dans les auteurs à propos de la dilatation préliminaire, de la recherche des bouts, du

mode d'introduction et d'articulation des branches de l'instrument. Je m'arrêterai seulement sur trois points en discussion. Faut-il faire porter d'emblée la compression au maximum ? Faut-il faire l'entérotomie en une séance ou à petits coups ? Faut-il faire l'entérotomie précoce ou tardive ? Voici quelle était, à l'égard du degré de compression, la manière de faire et l'opinion de Dupuytren : « Toutes les fois qu'on agit par pression sur les tissus vivants, le meilleur moyen de prévenir le développement de l'inflammation consiste à porter rapidement cette pression jusqu'au point d'éteindre la vie dans les parties qui en sont le siège. On ne doit donc pas craindre de porter, dès le premier jour, la pression de l'entérotome assez loin pour éteindre la vie dans les tuniques intestinales qu'il embrasse. » D'après M. le professeur Le Fort, au contraire, il serait important de ne pas trop serrer au début, de peur d'amener une gangrène trop rapide et la chute avant la formation des adhérences. Il arrive souvent aussi que cette forte constriction est mal supportée par les patients. Dans une observation de M. le professeur Verneuil (obs. XX), on voit l'application de l'entérotome être suivie de phénomènes réactionnels intenses qui cèdent par le desserrement de l'entérotome.

Dupuytren faisait l'entérotomie en une séance, je veux dire prenait entre les mors de la pince tout ce qui pouvait être saisi de l'éperon. Delpech reproche à cette longue section d'entraîner une perte de substance qui suppure et une cicatrice consécutive en-

traînant la récidive de la cloison. Cette récidive se produit, en effet (professeur Verneuil), lorsque la plaie bourgeonne. Mais ce bourgeonnement est-il le résultat d'une large section, il est permis d'en douter. Du reste, cette récidive est rare, et, dans la généralité des cas, le cours des matières va s'améliorant de jour en jour au lieu de devenir de jour en jour plus difficile (Laugier).

Legendre reproche à l'entérotomie d'exposer à perforer la base de l'éperon avant que les adhérences ne soient formées et à saisir une anse intestinale interposée entre les deux lames. Pour lui on est obligé d'agir aveuglément, opinion que nous ne croyons pas acceptable. Si on ne sait pas ce qu'on pince, mieux vaut laisser de côté l'entérotomie et recourir à une autre opération. La section de l'éperon à petits coups est longue, pénible, et dans quelques-unes des observations où elle a été tentée on a été obligé de l'abandonner pour revenir à l'instrument de Dupuytren. On a reproché à ce dernier de rester déjà trop de temps dans la plaie, et cet inconvénient a été l'occasion de procédés d'entérotomie rapide, qu'on ne saurait conseiller à cause de dangers d'autre nature.

Quand, si on a le choix, faut-il appliquer l'entérotome ? L'entérotomie précoce a donné de brillants résultats à Raybard, à Blandin, à Denonvillers, à Fleurot, à MM. les professeurs Richet et Gosselin (obs. I, II, V, VII, IX, XIII, XVII) dans des cas où elle a été pratiquée dans le premier mois après l'établissement de l'anus contre nature. Elle offre de grands avantages :

rétablissement du cours des matières et par suite pas de déperdition inutile de forces pour le malade ; établissement des adhérences et des lésions définitives de la difformité dans des conditions moins défavorables. En revanche, on peut lui reprocher de guérir des perforations qui se seraient peut-être fermées spontanément, et, objection plus sérieuse, d'exposer davantage aux accidents phlegmasiques en agissant sur des parties qui sont encore le siège d'un certain degré d'inflammation. N'est-ce pas à cette circonstance qu'il faut attribuer la mort dans l'observation suivante empruntée à Velpeau ?

1835. Velpeau (*Mémoire sur les anus contre nature sans éperon*). — Femme, 56 ans. Hernie crurale étranglée, gangrenée et opérée. Anus contre nature. Dix-sept jours après l'établissement de l'anus, entérotome de Dupuytren.

Les quatre premiers jours, faibles coliques. Le cinquième, douleurs violentes ; douleur à la pression, nausées, vomissements, facies grippé. Deux jours après, ablation de l'entérotome. Le huitième jour, mort.

A l'autopsie, péritonite. L'éperon est détruit dans l'étendue de 2 pouces 1/2 ; mais il n'y a d'adhérences que sur un côté de la fente. L'autre bord est comme taillé à pic.

Nous croyons qu'il est prudent, sauf indication spéciale, d'attendre que les phénomènes inflammatoires locaux qui suivent la hernie gangrenée soient calmés, ce qui arrive au bout d'un temps variable suivant les sujets. D'une manière générale on peut fixer à deux mois le temps pendant lequel se complètent les adhérences et pendant lequel on doit se borner au traite

ment médical. Telle est à cet égard l'opinion émise par M. le professeur Gosselin (Leçons sur les hernies abdominales, p. 293).

Avant d'exposer les résultats de l'opération, je donnerai le résumé de 26 observations, dans lesquelles l'entérotome a été employé pour la cure de l'anus contre nature. Elles constituent, avec 9 autres observations de fistules stercorales d'emblée, une première série de 35 cas traités par les procédés autres que l'*entérectomie* dont nous apprécierons les résultats par une deuxième série de 29 cas. Nous avons indiqué dans un ordre toujours le même toutes les particularités intéressantes relatives au traitement qui étaient notées dans les observations *in extenso*. Elles répondent à la deuxième période de l'histoire du traitement des anus contre nature, celles où les méthodes anaplastiques sont venues compléter l'application souvent insuffisante de l'entérotomie.

I. — 1833. Reybard (*Gaz. méd. de Paris*, 1838). — Planche, femme de 47 ans. Hernie crurale étranglée, gangrenée : excision, débridement, intestin *tiré au dehors* et fixé à la plaie. Anus permettant le passage des aliments. Les deux bouts sont en rapport par leurs faces latérales et non par leur côté mésentérique.

Huit jours après l'opération, incision de 18 lignes *au ciseau* de l'éperon. Une heure après, selle par l'anus. Coliques, diarrhée calmée par opium. Vingt-cinq jours après, simple *fistule*.

Malade sur le point d'être guérie sans seconde intervention, quand mort par pneumonie.

II. — Blandin (Chomette. Th. de Paris, 1836.) — Hernie inguinale, étranglée et gangrenée. Anus contre nature avec

prolapsus. Ligature placée à la base du prolapsus, qui tomba gangrené le quatrième jour.

Entérotomie précoce avec entérotome de Blandin ; à la suite douleurs légères, chute au bout de cinq jours.

Le soir, les selles se rétablirent ; l'orifice se ferma progressivement.

Guérison complète au bout de deux mois.

III. — Reybard (*Gaz. méd. de Paris*, 1838.) — Pauli, homme, 46 ans. Hernie vaginale droite étranglée, gangrenée, opérée. L'étranglement siégeait à la communication avec la tunique vaginale. Anus avec éperon situé dans les bourses, en dehors du ventre.

Dix-huit jours après la herniotomie, entérotome de Reybard, à une lame, laissé six heures. A la suite légères coliques, vomissements bilieux.

Les matières passent par le bout inférieur. Quinze jours après, fistule stercorale laissant passer les matières bilieuses.

Onze jours après la deuxième opération, première tentative contre la fistule stercorale, consistant en : 1° ablation de la cicatrice cutanée, excision de la muqueuse bordant l'ouverture ; 2° suture enchevillée avec 3 points. — Echec. — Deux mois après, deuxième tentative, de même nature. — Résultat: l'ouverture se rétrécit. — Troisième tentative consistant à aviver le pourtour, de façon à donner à la plaie une forme de fente : rapprochement par la position des deux lèvres, cautérisations au nitrate d'argent.

Fistulette insignifiante. Le malade est revenu demander un bandage herniaire.

IV. — 1838. Reybard. (*Gaz. méd. de Paris*, 1838.) — Baron de Couano, femme, 50 ans. Hernie crurale droite étranglée, gangrenée et opérée. Résection de l'intestin gangrené. L'intestin est détaché du mésentère de façon à avoir deux bouts de 2 pouces de longueur qu'on fixe aux lèvres de la plaie. Débridement de l'arcade pour faciliter l'écoulement. Anus avec écartement considérable des bouts : amaigrissement.

Entérotomie précoce avec entérotome de Reybard à une lame.

La pince arrive à peine jusqu'à la cavité abdominale. Incision de 2 pouces de la cloison. Instrument laissé en place cinq heures.

Une heure après la malade allait du ventre ; bientôt, simple fistule.

Cautérisation au nitrate.

Guérison de la fistule en trois mois et demi.

V. — 1838. Reybard. (*Gaz. méd. de Paris*, 1838.) — Reverset, femme. Hernie de l'aîne (?) étranglée, gangrenée et opérée. Fixation de l'intestin avec fil mésentérique : ouverture spontanée. Anus complet avec deux bouts séparés, la cloison mésentérique épaissie ne permettant pas l'application des branches de l'entérotome.

Incision *au ciseau* de 15 lignes de la cloison ; plus tard, incision de 12 lignes avec entérotome de Reybard à une lame, laissé quatre heures.

Les matières reprennent leur cours. Au bout de quinze jours, ouverture ne laissant passer que la partie liquide des fèces.

La *fistule stercorale* est traitée par des cautérisations au nitrate d'argent. Petits abcès périfistulaires retardant la guérison.

Passage à l'état de *fistulette* insignifiante ; résultat définitif inconnu.

VI. — 1844. Jobert. (*Traité de chirurgie plastique*, t. II, p. 36.) — Hernie inguinale étranglée, gangrénée et opérée. Anus contre nature.

Plusieurs applications d'entérotome, insuccès. Sept mois après, entérotomie à la suite de laquelle la moitié des matières passe par les voies naturelles.

Avivement des bords et suture entortillée, puis cautérisation : insuccès.

Le malade entre chez Jobert. Autoplastie par torsion, hémorrhagie, échec.

Nouvelle tentative : 1° avivement des parties molles sur les côtés et à petite distance de l'anus ; 2° rapprochement des surfaces qui sont maintenues infléchies par 6 points de suture.

Réunion sauf aux angles où persistent deux fistulettes. Le malade sort.

L'année suivante, on constate la guérison complète du malade.

VII. — Denonvillers. (Th. Foucher, p. 146.) — Femme, 58 ans. Hernie crurale étranglée, gangrenée et opérée. Anus contre nature.

Vingt-quatre jours après l'opération, entérotomie avec l'instrument de Blandin.

Les matières reprennent leur cours. L'orifice extérieur se rétrécit. Trois mois après, l'orifice créé par l'entérotome étant devenu trop étroit, l'entérotome de Blandin est appliqué sur la cloison qui résultait de la première opération : les matières continuent à couler par l'orifice anormal. Application sur l'éperon, qui est sous forme de cloison verticale, d'une forte ligature. Insuccès de ces diverses opérations.

Opération autoplastique : 1° incision de la peau autour de l'orifice et dissection comprenant le goulot et le cloaque dans l'épaisseur de la tunique musculaire de l'intestin ; 2° rebroussement et suture des parties ainsi avivées ; 3° formation d'un lambeau en pont emprunté aux téguments destinés à recouvrir la plaie.

Guérison radicale en un mois, constatée huit ans après l'opération.

VIII. — 1856. Nélaton. (Th. Foucher, p. 77.) — Homme, 30 ans. Hernie inguinale, étranglée et opérée. Anus contre nature ; orifice étroit, qu'on est obligé de débrider pour trouver le bout inférieur.

Trois mois après le début, entérotomie, chute le huitième jour ; pas d'accident.

Les matières reprennent leur cours ; il reste un orifice de 2 cent. d'étendue.

Un mois après l'entérotomie, Nélaton pratique une opération anaplastique : lambeau supérieur en forme de pont, suturé aux bords avivés de la fistule : les sutures lâchent.

Ultérieurement l'orifice se rétrécit peu à peu ; le traitement

fut complété par les cautérisations répétées des bords de l'orifice fistuleux.

Guérison moins de quatre mois après l'entérotomie.

IX. — 1856. Fleurot. (Th. Foucher, 1857, p. 156.) — Femme, 63 ans. Hernie crurale gauche, étranglée, gangrénée et incisée. Anus contre nature.

Quatorze jours après la herniotomie, entérotome de Dupuytren.

Violente douleur et nausée le premier jour.

Rétablissement du cours des matières par les voies normales.

Reste une fistule stercorale.

Autoplastie par le procédé de Malgaigne.

Réunion, sauf un point où reste une fistulette.

X. — 1856. Velpeau-Reybard. (Th. Foucher, p. 166. — Chassaignac, *Traité des opér. chir.*, t. II, p. 691.) — Cousin, homme, 32 ans. Hernie inguinale étranglée, gangrénée et incisée. Anus contre nature.

Entérotomie six semaines après l'opération : rétablissement du cours des matières.

En août 1855, section de l'éperon par l'écraseur et autoplastie (Chassaignac). Puis deux nouvelles applications de l'écraseur. Insuccès.

En janvier 1856, Velpeau applique l'entérotome de Dupuytren ; pas d'accident ; deuxième application, quinze jours après.

En février, opération autoplastique par Reybard ; 1° ligature de la muqueuse exubérante ; 2° dissection de la peau au pourtour de l'orifice dans l'étendue de 3 cent. ; 3° les bords disséqués sont affrontés de champ par un double plan de suture.

Réunion incomplète : formation d'une série de fistulettes, qui se réduisent à deux : on espère la guérison. Elle n'a pas été obtenue.

Chassaignac l'a revu avec anus avec éperon.

XI. — 1857. Piachaud. (*Bull. Soc, chir.*, 1858.) — Femme.

Hernie crurale droite étranglée, gangrénée et opérée. Anus avec éperon.

Trois mois après l'accident, deux applications successives de l'entérotome de Dupuytren.

Passage à l'état de fistule stercorale.

Quatre mois après la deuxième entérotomie, tentative pour fermer la fistule, consistant en : 1° avivement circulaire du contour de la fistule ; 2° décollement de ce contour à 2 cent. de profondeur et suture enchevillée. Réunion sauf sur un point où reste fistulette guérie par nitrate d'argent.

Guérison complète.

XII. — 1859. Professeur Desgranges. (Inédite.) — Lembert, femme, 48 ans. Hernie crurale droite étranglée, gangrénée et opérée. Anus contre nature large, compliqué d'invagination du bout supérieur. Éperon s'avançant jusqu'à l'orifice.

Entérotome de Dupuytren appliqué dans toute la longueur de ses branches : compression portée rapidement au maximum. A la suite, coliques, vomissements, rougeur des bords de l'orifice, mais peu de fièvre. L'instrument est enlevé au bout de six jours.

Les matières passent par les voies naturelles, l'éperon est à 5 centimètres. Peu à peu, il se rapproche de la plaie.

Nouvelle entérotomie : les branches sont portées aussi loin que possible et fortement serrées. A la suite, coliques, altération de la face ; on enlève l'instrument qu'on replace trois jours après, mais que la malade ne peut supporter.

La malade quitte l'hôpital.

XIII. — 1854. Professeur Gosselin. (*Revue méd. chir.*, t. 17.) — Chavet, homme, 58 ans. Hernie inguinale étranglée, gangrénée et incisée. Anus contre nature : dépérissement du malade.

Un mois après la herniotomie, entérotome de Dupuytren serré progressivement : chute après neuf jours.

Selles rétablies en partie : renversement de l'intestin, absence d'éperon.

Opération anaplastique : 1° Avivement de la muqueuse de

l'intestin renversé; 2° avivement de la peau dans l'étendue de 1 centimètre 1/2 autour de l'orifice; 3° affrontement des surfaces cruentées maintenu par cinq points de suture enchevillée; 4° deux incisions latérales libératrices.

Résultat : réunion, sauf deux fistulettes spontanément guéries.

Guérison complète.

XIV. — 1855. — Chapplain. (*Bull. de la Soc. de chir.*, 1859.) Roman, femme de 41 ans. Hernie crurale droite étranglée, gangrénée et opérée. Deux orifices fistuleux avec renversement de l'intestin. Pas d'entonnoir membraneux. Éperon.

Deux applications de l'entérotome de Dupuytren qui tombe au bout de neuf jours.

Les matières passent par le rectum ; mais l'ouverture abdominale ne se ferme pas.

Une suture pratiquée sur la plus petite fistule, très difficile, échoue ; plus tard, guérison par le fer rouge. La fistule la plus importante est traitée de la façon suivante : 1° Incision circulaire de la muqueuse au point d'adhérence avec la peau; 2° dissection de l'intestin dans une étendue suffisante pour adosser les surfaces séreuses.

Guérison.

XV. — 1856. Professeur Gosselin. (*Bull. de la Soc. de chir.*, 1858.) — Femme. Anus contre nature. Procidence de l'intestin.

Entérotomie : rétablissement du cours des matières. Reste fistule stercorale.

1re opération : autoplastie par inflexion ; succès incomplet.

2e opération : 1° Avivement de la surface de l'intestin prolabé et du contour cutané; 2° dissection d'un lambeau de peau au-dessus et en dehors de la fistule; 3° application de ce lambeau, qui a tourné de moins d'un quart de cercle sur les surfaces avivées.

Guérison.

XVI. — 1856. Professeur Gosselin. (*Bull. de la Soc. de*

chir., 1856.) — Homme, 27 ans. Hernie inguinale étranglée, gangrénée et opérée. Anus avec éperon avec renversement considérable et irréductible de l'éperon.

Entérotome de Dupuytren : pas d'accident.

Rétablissement des garde-robes. Persistance de l'orifice et du renversement.

Opération : 1° Avivement de l'intestin ; 2° application d'un lambeau pris sur la paroi abdominale. Le lambeau ne prend pas à la partie inférieure.

2e Opération. — Lambeau pris sur la cuisse.

Mort d'érysipèle.

XVII. 1860. — Professeur Richet. (*Bull. de la Soc. de chir.*, 1861.) — Michel M..., homme, 24 ans. Hernie inguinale gauche congénitale étranglée, gangrénée, opérée. Suture à la peau. Anus avec éperon.

Quinze jours après, pince entérotome de Blandin qui tombe trois jours après. — Deuxième entérotomie.

Passage à l'état de fistule stercorale.

Cautérisation au fer rouge.

Guérison en neuf mois.

XVIII. — 1865. Panas. (*Bull. de la Soc. de chir.*, 1865.) — Hernie inguino-scrotale étranglée, opérée. Suture de l'intestin à la peau. Anus avec éperon vertical de 8 centimètres.

Entérotomie avec l'instrument de Laugier pour obtenir une large perte de substance : le chlorure de zinc est enlevé au bout de trois heures. L'instrument est remis en place cinq jours.

Les matières reprennent leur cours : l'orifice cutané reste ce qu'il était.

Opération pour fermer l'orifice cutané : 1° Incision circulaire à 6 millimètres en dehors de l'orifice cutané; dissection jusqu'à la couche musculaire de l'intestin. Une traction légère permet de faire glisser cette tunique musculaire surles adhérences péritonéales et d'attirer l'intestin au dehors de 2 à 3 centimètres; 2° affrontement des surfaces saignantes renversées par la suture de Gély; 3 excision des téguments en cupule évasée, décollement des lèvres de la plaie, incision

libératrice et suture. Résultat : réunion presque complète, sauf une fistule guérie par une opération autoplastique.

Guérison complète.

XIX. — 1869. Professeur Ollier. (Communiquée par M. Ollier). — Lorges, homme, 24 ans. Hernie inguinale étranglée, gangrénée, opérée. Résection de 20 centimètres d'intestin. Anus avec éperon.

Application de l'entérotome de Dupuytren. Passage à l'état de fistule stercorale.

Opération pour fermer la fistule : 1° Dissection de la muqueuse, rebroussement et application de 7 points de suture métallique; 2° plan de suture pour la peau.

Guérison complète. Reproduction de la hernie; le malade vient de temps en temps à l'Hôtel-Dieu faire renouveler son bandage.

XX. — 1869. Professeur Verneuil. (*Bull. de la Soc. de Chir.*, 1870.) — Femme, 49 ans. Hernie inguinale étranglée et gangrénée quatre ans auparavant.

Invagination considérable du bout inférieur qui pend jusqu'au milieu de la cuisse.

En octobre 1869, excision à l'écraseur de l'intestin hernié; points de suture pour retenir l'anse herniée.

Après cette première opération, anus avec éperon large et épais au sommet.

Cautérisations avec caustique de Vienne et Filhos du bord libre de l'éperon qui est bientôt notablement diminué.

En janvier, l'entérotomie avec simple pansement : 3 applications successives, les selles passent par l'anus.

La pince n'emportant que quelques millimètres, on fait 3 applications d'un entérotome différent de celui de Dupuytren par l'absence des longues branches extérieures : à chaque application, accidents consistant en douleurs, hoquet, vomissements, oppression épigastrique et ombilicale, qui disparaissent par desserrement de l'entérotome. A la suite, anus figurant une commissure de 4 centimètres.

En avril, tentative d'anaplastie simple sans autoplastie :

avivement ne portant que sur la peau dans l'étendue de 15 millimètres, suivant le procédé américain, flexion de la cuisse. Résultat : la suture manque aux deux angles.

Au 30 juin, fistulette de 2 millimètres 1/2 avec suintement. Guérison définitive probable.

XXI. — 1871. Laugier. (Th. de Goubaut, Nancy. 1881.) — Homme, 24 ans. Hernie inguinale droite, étranglée, incisée par erreur de diagnostic. Anus contre nature; bout inférieur introuvable.

Laugier se propose d'exécuter l'opération suivante : 1° Mettre à nu le cæcum et établir sur lui un nouvel anus au voisinage du premier ; 2° introduire par l'ancien bout supérieur et le nouvel orifice, faisant fonction de bout inférieur, les branches d'un entérotome spécial. Le premier temps de l'opération est heureusement exécuté. L'application de l'entérotome, construit par Mathieu sur le principe de celui de Laugier et Blandin (deux plaques destinées à produire la mortification portées par deux branches), est bien supporté. A la suite, les matières sortent en minime partie par l'ancien bout supérieur, en majorité par le nouvel orifice cæcal.

Mort de pyohémie, dix jours après l'ablation de l'entérotome.

XXII. — 1872. Gayet, (communiquée par le Dr Cartier). — Bouzé, femme, 20 ans. Hernie inguinale droite étranglée, gangrénée, opérée. Eperon de 3 centimètres.

Entérotome garni de pâte de Canquoin. 2 applications à 14 jours d'intervalle. Chute au bout de 6 jours.

Le cours des matières est rétabli : reste l'ouverture extérieure.

Dissection de la muqueuse qui est rebroussée en dedans et non suturée. Avivement de la peau dans l'étendue d'un centimètre et suture. Echec de la suture, mais rétrécissement ultérieur.

On fait porter à la malade un bandage inguinal compresseur, grâce auquel les matières ne passent plus par la plaie. Le bandage est à peine sali quand on l'enlève.

XXIII. — 1873. Fochier. (*Lyon Médical*, 1874). — Royer, femme, 72 ans. Hernie crurale gauche étranglée, gangrénée et opérée. Incision sans fixation à la peau. Orifice étroit, éperon.

Entérotome de Dupuytren, chute au bout de 9 jours.

Passage à l'état de fistule stercorale étroite.

Cautérisations au nitrate d'argent et au fer rouge.

Guérison complète onze mois après la herniotomie.

XXIV. — 1873. Fochier. (*Lyon médical*, 1874). — Perrin, femme, 58 ans. Hernie crurale droite étranglée, gangrénée, opérée; fixation avec points de suture. Orifice large avec prolapsus de la muqueuse de 4 à 6 centimètres et éperon.

Entérotome de Dupuytren appliqué un mois et demi après la herniotomie.

Les matières reprennent leur cours; l'orifice cutané persiste.

Deux mois et demi après l'entérotomie, deuxième opération: 1° dissection de la muqueuse prolabée, rebroussement en doigt de gant, cinq points de suture; 2° dissection de la peau très-amincie dans l'étendue de 5 centimètres autour de la fistule; 3° incisions longitudinales faites aux limites du décollement donnant deux lambeaux en pont qu'on adosse par une suture enchevillée. Résultat: la suture de la peau *échoue*, la suture intestinale *tient*, sauf suintement passager au niveau d'un point de suture. La cicatrisation superficielle s'effectue très bien. La guérison est complète deux mois et demi après l'opération.

XXV. — 1880. Magnien et Paliard. (*Lyon médical*, 1882). — Homme, 52 ans. Hernie inguino-scrotale étranglée. Section de 63 centimètres d'intestin. Orifice étroit et éperon.

Cinq applications de l'entérotome de Dupuytren dans l'année 1880. (Dr Paliard).

Passage à l'état de fistule stercorale.

En 1882, opération pour oblitérer la fistule (Dr Magnien): 1° dissection de la muqueuse sur un point et de l'intestin faisant bourrelet sur l'autre: rebroussement et suture au catgut; 2° dissection de la peau sur les bords dans l'étendue d'un

centimètre. Adossement et suture. Réussite. Guérison complète.

XXVI. — 1881. Prof. Lefort. (Thèse de Paris. Ivanichevitch, 1882, p. 19). — Femme, 38 ans. Hernie inguinale droite étranglée, gangrénée et opérée. Anus avec éperon.

Entérotome de Dupuytren appliqué quatre mois après la herniotomie.

L'orifice extérieur persiste.

Première tentative en mai 1879: M. Cusco fait des sutures profondes (?), échec. Deuxième tentative en mars 1882, par M. le professeur Le Fort : 1° décollement de l'intestin dans l'étendue d'un cent. et demi, rebroussement de la muqueuse et suture perdue; 2° les bords cutanés de la plaie mobilisés par la première opération sont rapprochés et fixés par quatre points avec suture enchevillée.

Un érysipèle fait échouer la suture.

J'ai dit plus haut pour quelles raisons je pensais que l'entérotomie devait être faite autant que possible en une séance et non à petits coups, pour quelles raisons elle devait être pratiquée avec l'instrument de Dupuytren ou dans des cas spéciaux avec des instruments fondés sur le même principe, de préférence aux autres procédés de section de l'éperon, pour quoi elle devait être pratiquée au moment où les phénomènes inflammatoires locaux étaient tombés plutôt que dans les premiers jours qui suivaient l'établissement de l'anus contre nature. Des observations rapportées ci-dessus, il ne ressort rien de nouveau relativement aux accidents, aux inconvénients qui résultent de l'application de l'instrument, rien qui mérite d'être noté si ce n'est qu'en France les malades supportent

sinon bien, du moins tous l'application de l'entérotome. Parmi les opérés, les uns ne souffrent pas de la pression de l'éperon; une deuxième catégorie éprouve des douleurs, des vomissements, oppression épigastrique et ombilicale signalée par Chassaignac et par M. le professeur Verneuil; mais chez tous, on est arrivé à faire supporter l'instrument au patient. Sans m'arrêter davantage sur ces accidents, sur l'époque où tombe l'instrument, points sur lesquels l'analyse de nos observations ne nous apprend rien de particulier, je vais analyser les résultats obtenus en les comparant à ceux qui nous sont fournis par la statistique de Dupuytren, telle qu'elle est donnée par ce chirurgien :

« 41 opérations d'anus anormal avaient été pratiquées jusqu'en 1824, au moyen de l'entérotome : 21 par nous-même, à l'Hôtel-Dieu, ou dans notre pratique en ville, et 20 par d'autres chirurgiens, au nombre desquels nous nous plaisons à citer M. le professeur Lallemant, de Montpellier, un des collaborateurs de cet ouvrage. Les trois premiers quarts de ces opérations ont été nécessités par des gangrènes d'intestins étranglés, et l'autre par des plaies abdominales, avec perte de substance plus ou moins considérable du canal alimentaire. Trois sujets ont succombé, l'un à un épanchement présumé de matières stercorales dans le ventre; le second à la suite d'une indigestion, le dernier à une péritonite intense. Chez tous trois les accidents inflammatoires ont résisté aux moyens de

traitement les plus énergiques. Des 38 malades restant, le plus grand nombre n'a éprouvé aucun accident fâcheux ; les coliques, les nausées, les vomissements dont quelques-uns furent cependant affectés, ont cédé aux boissons chargées d'acide carbonique, aux sangsues appliquées au fondement, aux fomentations émollientes sur le ventre et à une abstinence rigoureuse des substances alimentaires.

La guérison ne fut pas également parfaite sur chacun de ces 38 individus. Parmi eux, 9 ont conservé des fistules d'étendues variables, qui les ont obligés à porter constamment un bandage compressif, afin de prévenir la sortie plus ou moins abondante de gaz, de mucosités, de liquides biliaires et même de matières stercorales. Les 29 autres, au contraire, ont été complètement et pour toujours délivrés de leur incommodité, dans l'espace de deux à six mois. D'où il résulte, qu'en définitive, la nouvelle opération n'a été mortelle qu'à 1 individu sur 14, et même si l'on écarte le sujet qui périt d'ingestion, qu'à 1 sur 20, proportion de beaucoup plus favorable que celles que présentent la plupart des grandes opérations de la chirurgie. Il est à remarquer aussi que les trois quarts des sujets opérés ont été entièrement et radicalement guéris ; que ceux du dernier quart, quoique obligés encore de porter un bandage obturateur, ont été amenés à une condition incomparablement meilleure que celle dans laquelle ils étaient précédemment, et que, chez les uns comme chez les autres, on pouvait considérer

comme ayant entièrement cessé une lésion qui rendait leur existence presque insupportable ou menaçait même de le faire périr. »

Dans l'analyse de nos observations, nous ne tiendrons pas compte de l'instrument employé : nous nous proposons d'étudier ici d'une façon générale les effets de la section de l'éperon.

Sur 26 observations, 10 fois l'entérotome ou un autre procédé de section ont été seuls employés ; 16 fois il a fallu recourir plus tard à une opération anaplastique.

Sur ces 10 opérations, une a été suivie de mort; mais elle sort du cadre des interventions ordinaires ; c'est celle de l'obs. XX, où Laugier pratiqua l'entérotomie iléo-cæcale après avoir établi un anus contre nature sur le cæcum. Dans une deuxième observation, la malade (obs. XII) est sortie de l'hôpital avant qu'on ait pu juger du résultat.

Restent 8 cas. 4 fois la guérison a été radicale et complète, constatée directement par le chirurgien. Elle a été obtenue au bout de deux mois (Blandin), de 9 mois (Richet), de 11 mois (Fochier); dans le quatrième cas, la date de la guérison n'est pas donné.

Dans les quatre autre cas, quand les malades furent soustraits à l'observation, il ne restait plus qu'une de ces *fistulettes* (qu'on me passe ce néologisme) qui guérissent spontanément ou par des moyens simples, tels que la cautérisation et la compression.

Seize fois, on pratiqua ultérieurement l'occlusion de l'orifice qui ne se fermait pas et laissait passer

avec ou sans amélioration les matières fécales. Pourquoi, dans deux cas sur trois, les opérations anaplastiques ont-elles été nécessaires, tandis que, dans la statistique de Dupuytren, un quart seulement des malades conservaient un orifice? On ne peut l'attribuer au mode d'application de l'entérotome, la plupart des chirurgiens se sont servis du même instrument et de la même manière, mais en grande partie, je crois, à ce qu'on a moins attendu des efforts de la nature à une époque où les procédés autoplastiques étaien tà l'ordre du jour. C'est ainsi que des opérations, destinées à l'occlusion de l'orifice, ont été pratiquées dans les trois premiers mois qui suivaient l'entérotomie.

Dans la plupart des observations, l'amélioration a été notable, les matières ont repris leur cours normal, l'anus s'est rétréci et transformé en fistule. Dans quelques cas (observations de Chapplain, de Panas, de Velpeau-Reybard), l'ouverture ne parut pas se modifier malgré le rétablissement du cours des matières. Dans quelques observations, on dit simplement que l'orifice persista, sans s'expliquer sur son rétrécissement ou son état stationnaire.

Nous rapporterons plus loin les résultats obtenus par les méthodes autoplastiques appliquées aux fistules; disons seulement que le résultat définitif des deux opérations associées dans 16 cas a été 10 fois une guérison complète, 3 fois le passage à l'état de fistulette dont on espérait la guérison prochaine; 1 fois, il y eut un échec par le procédé de Reybard (cas Reybard-Velpeau), 1 fois un érysipèle vint faire man-

quer la réunion et la malade quitta l'hôpital. 1 fois le malade mourut d'érysipèle.

Tels sont les résultats fournis soit par la section de l'éperon seule, soit pour la section de l'éperon associée à une opération autoplastique secondaire. Considérés en bloc, ils n'ont pas une grande importance ; car ils sont peu nombreux et ils répondent à des variétés d'opération très différentes les unes des autres. Mais l'analyse des faits particuliers, de certaines observations bien prises montre que l'on peut compter sur la guérison, si on veut avec persévérance employer ces deux méthodes isolées.

Il serait important de savoir quelle mortalité donne l'entérotome et quelles sont les causes de la mort. C'est une question presque impossible à résoudre avec les observations qui sont publiées : en effet, on ne donne pas les cas de mort. Dupuytren avait observé un cas de mort par péritonite, un cas de mort par perforation due à l'instrument, un cas de mort par indigestion ; nous avons rapporté plus haut un autre cas de Velpeau, où l'issue fatale paraît due à une application trop hâtive de l'entérotome.

Foucher, dans sa thèse, rapporte deux cas de mort : l'une due à une perforation intestinale par application de l'entérotome sur un éperon qui n'existait pas; l'autre où on avait pincé la muqueuse, disposée en valvule, et où une perforation avait été pratiquée à la base du faux éperon par l'extrémité de l'instrument. Bien des auteurs nous parlent des dangers de l'entérotome et des cas de mort qu'il a donnés, sans indica-

tions bibliographiques. On incrimine la péritonite et les perforations intestinales.

Des chirurgiens qui ont fait un usage fréquent de l'entérotomie, MM. les professeurs Gosselin, Ollier et Desgranges, MM. Mollière et Fochier, de Lyon, m'ont dit ou fait dire qu'ils n'avaient jamais eu de cas de mort dans leur propre pratique. Ils ont observé des accidents de pincement intestinal plus ou moins durables ; ils considèrent l'application de l'entérotome comme n'offrant pas par elle-même de danger, pourvu que l'instrument soit appliqué en connaissance de cause et non à l'aveugle. Il en est de l'entérotome comme du forceps. De même que l'un ne doit saisir que la tête fœtale, l'autre ne doit comprimer que l'éperon. On doit s'assurer à l'avance qu'il n'y a pas d'intestin interposé : dans les cas où la notion des parties à comprimer viendrait à manquer, il faudrait renoncer à l'entérotomie et recourir à une opération qui permette de savoir ce que l'on fait.

CHAPITRE IV.

DES MÉTHODES AYANT POUR BUT L'OCCLUSION DE L'ORIFICE EXTÉRIEUR.

(*Traitement chirurgical des fistules stercorales.*)

Elles sont au nombre de trois : la compression, la cautérisation, les procédés autoplastiques.

De la Compression.

L'usage de la compression remonte au temps de l'Académie de chirurgie. La Peyronie la conseille pour la cure des anus contre nature. Son procédé consiste à placer sur l'orifice une compresse pliée en plusieurs doubles ou mieux un tampon de charpie.

Desault en faisait un des temps de son procédé de traitement : il l'employait après que les mèches avaient refoulé l'éperon et dilaté le bout inférieur.

Paris, dans sa thèse inaugurale (Paris, 1824), en a fait l'apologie, et la croit excellente pour les anus sans éperon.

Pelletan, au contraire (*Clinique chirurgicale*, t. III), frappé de ses inconvénients, des accidents de rétention auxquels elle expose quand elle est appliquée hors de propos, prétend qu'il n'y a rien de plus absurde que ce moyen.

Depuis, on la trouve employée dans un grand

nombre d'observations, ordinairement associée à la cautérisation et au traitement médical. Il est alors difficile de faire la part qui lui revient dans le résultat définitif. La règle est qu'elle échoue quand l'anus est un peu compliqué. Elle est indiquée à deux périodes du traitement.

Lorsque l'anus accidentel est nouvellement établi, il est bon, au bout de quelques jours, de tenter par ce moyen de faire passer les selles par la voie naturelle. On peut se servir dans ce but d'une plaque de gutta-percha, qui a l'avantage d'empêcher le malade d'être incessamment souillé par les excréments. Mais elle amène dans quelques cas des accidents de rétention qui forcent à y renoncer.

Plus tard, quand l'anus est définitivement constitué, elle échoue régulièrement, pour peu que l'ouverture soit large.

Au contraire, elle joue un rôle important comme adjuvant des autres moyens dans le cas de fistule stercorale. Alors même qu'elle ne contribue pas à une guérison rapide, elle est extrêmement utile en permettant au malade de supporter son infirmité. Une simple compresse, maintenue par un bandage herniaire, empêche tout écoulement par la fistule, et le sujet peut vaquer à ses occupations et laisser, sans être trop incommodé, à la nature le temps d'achever elle-même la guérison.

Mais, ce serait une faute de compter sur elle quand l'ouverture est large, tapissée de sa muqueuse, et surtout quand il y a un éperon.

C'est un adjuvant et un palliatif, plutôt qu'un moyen curatif proprement dit.

Patry a conseillé de la mettre en usage pour déterminer l'opportunité d'une opération occlusive en s'assurant que le cours des matières est rétabli. S'il survient, à la suite de son application, des coliques, de la tension du ventre, des vomissements, ce serait une faute grave que de tenter l'occlusion.

De la Cautérisation.

On sait quel rôle joue l'application des caustiques dans la fermeture des orifices fistuleux en général, quelle était son importance avant la vulgarisation de l'autoplastie. La cautérisation est journellement employée dans la cure des fistules stercorales. Détruire la muqueuse du trajet, exciter les bourgeons charnus, tel est son mode d'action. Comme la compression, elle est inefficace dans un anus de quelque étendue ; mais elle est le mode de traitement par excellence des *fistulettes* stercorales. Il arrive fréquemment dans le cours de la cure spontanée, ou après l'application de l'entérotome, ou même d'une méthode autoplastique, qu'il reste un ou deux orifices fistuleux de quelques millimètres de diamètre qui laissent suinter quelques matières jaunâtres qui incommodent le malade et dont il demande à être débarrassé. C'est à cette période ultime de traitement de l'anus anormal que convient surtout la cautérisation.

Reybard (*loc. cit.*) dit avoir constaté, dès 1822, l'efficacité du nitrate d'argent dans la cure des fistules stercorales. Plus tard, peu partisan encore des méthodes autoplastiques, il conseillait la cautérisation au nitrate, même dans le cas de fistule plus étendue; et il l'associait à l'avivement de la manière suivante. Il excisait le contour de la fistule de manière à donner aux parties cruentées la forme de deux lèvres susceptibles de se rapprocher par la position : il touchait de temps en temps au crayon les bourgeons qui se portaient à la rencontre les uns des autres et se réunissaient par seconde intention.

On a employé encore le fer rouge (Laugier) et le thermo-cautère, la potasse ; on pourrait rapprocher de ces moyens la teinture d'iode, conseillée par Chassaignac.

Les cautérisations au nitrate d'argent, ou, si elles échouent, avec le bec d'un petit cautère ou avec le thermo-cautère, sont des moyens précieux et journellement employés pour achever la guérison des fistules.

Procédés anaplastiques.

L'entérotome n'avait pas tenu tout ce qu'il avait promis. On s'aperçut bientôt, et Dupuytren fut un des premiers à le reconnaître, que le cours des matières une fois rétabli par la destruction de l'éperon, il restait dans un grand nombre de cas des fistules intarissables. Il semble même, à en juger par le nombre

de faits de cette nature, dont nous possédons l'observation, que la guérison définitive soit moins fréquente après entérotomie que Dupuytren ne l'avait prétendu, et que cela ne ressort de sa statistique. Il est difficile d'expliquer ce fait, car le mode d'application de l'entérotome n'a guère été modifié depuis Dupuytren. Peut-être faut-il attribuer l'augmentation du nombre d'anus contre nature jugés dignes d'une opération complémentaire à ce fait, qu'après l'application de l'entérotome, on attend moins longtemps le résultat que pourraient fournir les seuls efforts de la nature. Dans quelques observations, on voit tenter une autoplastie deux ou trois mois après la section de l'éperon ; temps inférieur à celui où on peut espérer l'occlusion spontanée. Cette intervention hâtive est certainement légitime dans certaines conditions d'âge et de position sociale, ainsi que l'a bien établi M. le professeur Gosselin. Il est rationnel d'épargner par une opération hâtive, à un malade, un an ou deux de fistule stercorale.

L'attention était donc appelée sur cette catégorie de faits, lorsque Velpeau vint insister sur le traitement de ces fistules dans son Mémoire sur les anus contre nature dépourvus d'éperon, nom sous lequel il englobe et ces ouvertures dépourvues d'éperon, quoique laissant passer la plus grande partie du contenu de l'intestin, et les fistules qui persistent après l'entérotomie et celles qui se montrent primitivement après le pincement herniaire, après les traumatismes ou l'ouverture

simultanée d'un abcès, et à l'extérieur et dans l'intestin.

Au siècle dernier, Lecat avait déjà conseillé la suture dans les cas de cette nature; mais sa proposition avait été mal accueillie. Car Sabatier, dans son Mémoire sur les anus contre nature, s'exprime à cet égard de la façon suivante : « Je ne parle pas du dessein de rafraîchir les bords de la fistule pour les rapprocher ensuite par une suture ; je ne sais si cela eût été praticable dans le cas que M. Le Cat avait sous les yeux.... Quand il serait facile de réduire les portions d'intestin déplacées qui compliquent les anus contre nature, et que celle qui répond au rectum conserverait une partie de son calibre ordinaire, la prudence ne permettrait pas de les affronter l'un à l'autre pour rétablir la continuité de leur canal. Le nombre et la profondeur des adhérences qu'ils pourraient avoir contractées entre eux et avec les parties voisines, rendrait peut-être cette opération impossible, et il serait affreux de l'avoir tentée sans y réussir... »

Dupuytren y eut quelquefois recours, ainsi qu'on peut en juger par la lecture de ses observations. Chez le premier *entérotomisé*, Ménage, il fit l''excision des bords formés par la peau et la muqueuse, et la fistule guérit. Dans l'observation de Trubert, la fistule persistante fut traitée d'abord sans succès par la compression, et fermée définitivement au moyen d'un lambeau triangulaire situé au pourtour de la fistule, et dont les bords excisés par le nitrate d'argent furent mis en rapport avec ceux de l'orifice.

Velpeau essaya successivement et vainement sur un malade atteint de fistule pyo-stercorale l'autoplastie par suture après décollement des téguments, par transport de lambeau et par le bouchon cutané qu'il avait employé pour les fistules laryngiennes. Plus tard il pratiqua l'avivement du trajet et du contour suivi de suture.

On peut diviser les méthodes anaplastiques en deux grandes catégories, suivant qu'on fait ou non un temps spécial de l'occlusion de l'orifice intestinal. Dans la première manière de faire, on bouche un trou par rapprochement de surfaces avivées ou par un lambeau : il faut que cette suture, ce lambeau résistent au contact des matières fécales.

Dans la deuxième, on ferme par inflexion des tuniques l'orifice de l'intestin de façon à ce que les matières ne puissent aborder la suture extérieure.

Malgaigne, en instituant ce procédé, avait en vue et la destruction de la muqueuse du trajet, et l'occlusion directe de l'orifice, réalisant l'indication d'empêcher l'abord des liquides intestinaux, dont tous les chirurgiens connaissent l'influence délétère, indication formulée par Guy de Chauliac, quand il parle à propos des sutures de l'intestin, de moyens employés « *ad custodiendum ne fæces putrefaciant suturam.* »

Nous donnons ici le résumé de neuf observations qui se rapportent au traitement des fistules stercorales ou d'anus contre nature sans éperon par les procédés modernes d'anaplastie. Dans les 26 observations rapportées plus haut, où la section de l'éperon a été pra-

tiquée, il y en a 16 qui ont nécessité l'emploi secondaires des méthodes anaplastiques, de sorte que nous réunissons en réalité 25 cas d'application des méthodes anaplastiques par les procédés modernes. Nous donnerons plus loin quatre cas où les procédés contemporains, consistant à ouvrir le péritoine, ont été mis en usage : en tout 29 cas d'opérations anaplastiques.

XXVII. — 1835. Velpeau. (*Mémoire sur les anus contre nature sans éperon.*) — Martin Hilaire, 37 ans. Hernie inguinale étranglée réduite ; formation d'une fistule siégeant sur le gros intestin

Garde-robes toujours possibles.

Opération le 15 novembre : 1° avivement des bords de la plaie ; 2° suture de Reybaud ; 3° deux incisions latérales libératrices. Trois jours après, les matières s'étaient tellement accumulées qu'elles forcèrent à couper les fils. L'opération semblait donc avoir échoué. Le 1er décembre, la plaie ne donne plus passage qu'à une très petite quantité de matières purulentes. — Le 4 janvier, guérison.

XXVIII. — 1848 ? Blandin. (*Gaz. med. Paris*, 1838, p. 479.) — Anus contre nature, suite de hernie gangrenée. Invagination d'une portion considérable d'intestin à travers la solution de continuité ; guérison à l'aide de l'autoplastie. (Résumée.)

Homme, 52 ans, hernie inguinale droite gangrénée. Établissement, sans intervention opératoire, dans la région inguinale droite, d'un vaste orifice par lequel on aperçoit tout l'intérieur du cæcum, dont la paroi antérieure a été détruite, et donnant passage à la plus grande partie, mais non à la totalité des matières fécales. Le malade supporta trois ans soninfirmité : il se produisit alors une invagination considérable qui l'amena à l'hôpital. A ce moment, aucune matière ne sortait par les voies naturelles. Par une pression soutenue, on fit rentrer la partie invaginée, comprenant *tout le côlon ascendant, l'extrémité inférieure de l'iléon et la partie du cæcum* qui avait

échappé à la gangrène. Sous l'influence de cette réduction et de l'application d'un brayer, les matières reprirent leur voie naturelle, l'ouverture se rétrécit ; mais, comme elle conservait les dimensions d'une pièce de 5 francs, et ne paraissait pas susceptible de se rétrécir davantage, à cause de la perte de substance subie par les muscles et les aponévroses de la paroi, Blandin songea à une opération. Vu l'absence d'éperon, il ne pouvait songer à l'entérotomie. Deux fois, il fit, sans succès, l'avivement des bords avec suture emplumée, après avoir eu la précaution d'introduire, du côté de l'intestin, un morceau de vessie natatoire de poisson pour empêcher les fèces de se porter vers la plaie. Il songea alors à l'autoplastie.

Un lambeau quadrilatère, formé de la peau et d'une couche épaisse de tissu cellulaire sous-cutané, fut taillé au-dessous de l'ouverture anormale. Trois incisions la circonscrirent : le lambeau fut laissé adhérent à la région inguino-crurale par un de ses bords. Ce lambeau fut suturé aux bords avivés de l'ouverture. La réunion ne se fit pas au niveau du bord supérieur, ce qui nécessita une nouvelle suture après avivement à ce niveau. Deux fistulettes furent guéries par le nitrate d'argent.

Aujourd'hui, le malade a son anus contre nature entièrement fermé par le lambeau. On sent très bien, en passant sur celui-ci, la perte de substance considérable de la paroi, qui aura besoin d'être soutenue par la pelote d'argent d'un brayer.

XXIX. — 1853. Chassaignac. (*Traité des opér. chir.*, t. II.) — Homme, 51 ans. Hernie adombilicale étranglée, gangrenée, opérée.

Fistule ou anus à écoulement intermittent : irruptions soudaines de la totalité des matières quand les selles ne sont pas évacuées régulièrement.

Pas d'injections de teinture d'iode : fermeture. Un mois après, poussées phlegmasiques, rupture de la cicatrice, récidive.

Neuf mois après l'étranglement, tentative d'autoplastie : 1° avivement des téguments jusqu'à la fistule qui correspond à une éraillure de la ligne blanche, et y compris les bords de l'ouverture aponévrotique ; 2° décollement de la paroi, qui né-

cessite une double suture spéciale, l'une destinée à condenser la paroi abdominale, l'autre à réunir les surfaces elliptiques avivées. Résultat : réunion, sauf suintement fécal correspondant à un point de suture et spontanément guéri.

Guérison complète, constatée sept ans après l'opération.

XXX. — 1859. Professeur Desgranges (inédite). — Vinay, femme, 20 ans. Coup de corne de bœuf ayant perforé la paroi abdominale et l'intestin au voisinage de l'épine iliaque antéro-supérieure. Établissement par un médecin d'un anus contre nature. Anus contre nature complet avec légère hernie de la muqueuse. 2 jours.

Premières tentatives de traitement, vingt-deux mois après l'accident. Sous l'influence de cautérisations répétées au nitrate, la plaie se rétrécit et les matières s'échappent en partie par les voies naturelles, sauf le cas où la malade est constipée. L'amélioration étant peu marquée, tentatives d'avivement de la cicatrice et suture, trois fois répétées : échec.

Sous les influences des cautérisations répétées au nitrate d'argent, la fistule se rétrécit, et, quand la malade sort, l'orifice, réduit aux dimensions d'un petit crayon, ne laisse passer que des gaz et un peu de liquide stercoral.

XXXI. — 1866. Thomas (*Bull. Soc. chir.*, 1869). — Femme de 48 ans. Hernie ombilicale étranglée, réduite. Abcès stercoral et établissement de deux orifices. Deux orifices, dont un seul important.

Insuccès de la compression. Huit ou neuf mois après l'accident, opération occlusive : 1° dissection des parois de l'entonnoir dans l'étendue des parois de l'abdomen et de cinq centimètres de peau autour de l'orifice ; cette peau fut, après incision en haut et en bas, retroussée sous forme de deux lambeaux latéraux ; trois points de suture ; 2° réunion des lèvres de la plaie extérieure. Résultat : réunion imparfaite, deux fistulettes aux deux extrémités qui se ferment par cautérisations au nitrate.

Réouverture à la suite de vomissements et guérison spontanée.

Guérison définitive après deux ans de traitement.

XXXII. — 1867. Patry. (*Bull. Soc. de chir.*, 1867.) — Enfant de 8 mois. Hernie ombilicale étranglée par ligature du cordon. Anus ombilical admettant sonde de femme, laissant passer la moitié des matières.

Incision circulaire autour de l'anus, dissection du bourrelet muqueux et du trajet. Rebroussement en dedans et suture entortillée. *Pas de suture de la peau.*

Guérison complète. La plaie cutanée s'est guérie *facilement* après ablation des fils.

Mort, à l'âge de 19 ans, d'étranglement interne.

XXXIII. — 1867. Patry. (*Bull. Soc. de chir.*, 1867.) — Femme, 54 ans. Hernie crurale étranglée, gangrenée et opérée. Ouverture admettant le petit doigt, sans éperon; selles par l'anus : bourrelet muqueux.

Cinq mois après l'accident, incision circulaire de la peau à sa jonction avec le bourrelet muqueux. Le canal muqueux est détaché jusqu'aux aponévroses, rebroussé. Suture entortillée. Huit jours après, les épingles sont enlevées. Anus parfaitement fermé.

Un an après l'opération, la guérison est maintenue.

XXXIV. — 1869. Professeur Desgranges. (Inédite.) — Benoit, femme, 48 ans. Hernie crurale étranglée, gangrénée, ouverte spontanément. Fistule stercorale du diamètre de 50 centimes : selles par le rectum.

Six mois après la hernie, tentative de suture : 1° avivement de la peau, du trajet et du bord de l'orifice intestinal; 2° rapprochement des surfaces avivées par quatre points de suture : échec.

L'orifice diminue peu à peu spontanément et se ferme trois mois après l'intervention.

XXXV. — 1879. Heydeinreich. (*Revue méd. de l'Est*, 1880. — Femme, 50 ans. Hernie inguinale étranglée, gangrenée, ouverte spontanément. Anus contre nature ou mieux fistule avec hernie de la muqueuse. La majeure partie des matières passe par l'anus; par moments, faible suintement par l'orifice

Opération : 1° avivement de la muqueuse et de la peau; 2° dissection d'un lambeau cutané au-dessous de l'orifice, aux dépens de la peau de la cuisse. On fléchit la cuisse pour supprimer la tension et on le fixe sur la surface avivée. Résultat : insuccès, les matières font irruption et le lambeau se rétracte.

Ultérieurement, on rapproche les lèvres de la plaie par la ponction et par des bandelettes; cautérisations au Paquelin. Résultat : fermeture de la plaie au bout de sept semaines.

Guérison complète.

§ 1. — *Procédés fermant la fistule sans agir directement sur l'orifice intestinal.*

A. — *L'avivement porte sur la peau autour et à distance de l'orifice anal et la réunion se fait par inflexion des surfaces cruentées.* — *C'est l'autoplastie par inflexion* de Jobert qu'il a mise une fois en pratique (Obs. VI). M. Verneuil l'a également employée (obs. XX).

Dans les deux cas, la réunion a eu lieu, sauf aux deux angles où se sont formées deux petites fistules qui ont guéri spontanément, dans le cas de Jobert, et dont la guérison n'est pas indiquée dans l'observation deM. Verneuil.

Ce procédé parut applicable aux cas où les deux bords de la plaie se présentent en forme de lèvres qu'on peut amener au contact par la position du membre.

B. — *L'avivement porte sur l'infundibulum cutané et son pourtour, et la réunion se fait par rapprochement des surfaces cruentées.* C'est le procédé de Velpeau, qui a obtenu une guérison, mais par deuxième intention (observat. XXVII) : ce chirurgien, avait pratiqué deux

incisions libératrices. Il a été exécuté par Chassaignac obs. XXIII) pour une fistule ombilicale, avec guérison complète après léger suintement fécal. Il a échoué deux fois entre les mains de M. Desgranges (obs. XXX et XXXIV).

Il paraît applicable au cas où il existe une cupule, un infundibulum cutané profond.

C. — *Autoplastie à lambeaux après avivement du pourtour.* — On avive le pourtour de la fistule et on y fixe un lambeau pris dans le voisinage.

Blandin (obs. XXIII) s'est servi d'un lambeau quadrilatère inférieur pour fermer un vaste anus sans éperon portant sur le cæcum. Guérison après deux fistulettes au niveau du bord supérieur du lambeau qui a lâché.

Nélaton (obs. VIII) a pris un lambeau supérieur en pont : la réunion ne s'est pas faite, mais la guérison s'est faite ultérieurement par retrécissement de l'ouverture et traction secondaire du lambeau.

Ce procédé convient aux vastes pertes de substance.

D. — *Avivement portant sur la peau et sur la muqueuse de l'intestin renversé et suture par inflexion.* — C'est le premier procédé de M. le professeur Gosselin (observat. XIII). Il y eut réunion après deux fistulettes spontanément guéries. M. Gosselin fit l'inflexion parce qu'il existait une dépression très prononcée de la paroi abdominale, qui permettait un rapprochement facile.

E. — *Avivement portant sur la peau et sur la mu-*

queuse de l'intestin renversé recouvert par un lambeau pris au pourtour de l'orifice. — C'est le deuxième procédé de M. Gosselin, qui l'a employé deux fois (obs. XV et XVI) : dans un cas guérison, dans l'autre mort par érysipèle.

Dans ces deux cas l'intestin était renversé et l'anus contre nature était de niveau avec le reste de la paroi abdominale, ce qui ne permettait pas la simple inflexion.

Je n'insiste pas sur les détails de ces diverses opérations qui sont exposés dans les observations. Je signale seulement la nécessité de relâcher la suture par la position, la flexion du membre inférieur, ou par des débridements cutanés faits dans les points convenables.

§ 2. — *Procédés ayant pour but l'occlusion directe de l'orifice intestinal.*

Il est d'une importance de premier ordre de les diviser en deux classes. Les uns profitent des adhérences intestinales, et sont combinés de façon à ne pas ouvrir la cavité péritonéale. Les autres ouvrent le péritoine, libérent l'intestin et adossent les tuniques séreuses.

Les uns et les autres s'associent à des moyens propres à fermer l'ouverture et la perte de substance cutanée, par des sutures après avivement portant sur le trajet, la peau, ou par l'application de lambeaux taillés

en pont et amenés par glissement suivant la méthode française ou bien taillés suivant les procédés de la méthode indienne. Je ne m'arrêterai pas sur cette seconde partie de l'opération, non plus que sur le mode de suture. On se comportera, à cet égard, suivant les principes généraux des opérations autoplastiques ; il n'y a là rien de particulier à la difformité qui nous occupe, tandis que la fermeture de l'orifice profond est tout à fait caractéristique.

1° *Procédés qui ferment l'orifice intestinal sans ouvrir le péritoine.* — a. *Procédé de Malgaigne.* — Voici comment Malgaigne décrit son procédé : « Je commence par aviver le trajet anormal dans toute son épaisseur, jusqu'à l'intestin exclusivement, en détachant avec soin celui-ci de ses adhérences extérieures, et prenant garde cependant que ces adhérences sont quelquefois fort peu étendues, et qu'en les décollant au delà d'un demi-centimètre, on risquerait d'ouvrir le péritoine. Je renverse alors en dedans, sans les aviver, les deux lèvres de l'intestin, et je les réunis par la suture en piqué, de manière à les adosser par leur surface externe. Par-dessus cette première suture, il ne reste qu'à aviver et réunir les chairs et téguments par la suture entortillée ou la suture enchevillée, en prenant d'ailleurs toutes les précautions nécessaires pour éviter le tiraillement des parties, et recourant, au besoin, aux divers procédés autoplastiques. » (*Manuel de médecine opératoire*, par Malgaigne, 8me édition, revue par Léon Le Fort, t. II, p. 415.)

On voit, d'après cette description, que Malgaigne ne s'explique pas nettement sur quelle partie des tuniques intestinales doit porter la dissection, et qu'il insiste seulement sur la nécessité de ne pas ouvrir le péritoine.

Nélaton pratiqua, en 1849, une opération suivant le principe indiqué par Malgaigne. Il disséqua le cloaque de l'anus par sa partie externe jusqu'au péritoine, et le reploya en dedans et le fixa par une suture de Gély; il recouvrit la plaie d'un peu de parties molles empruntées aux régions voisines (Th. Foucher, p. 145). Guérison après fistulette qui dura deux mois.

Denonvilliers, tout en suivant le procédé de Malgaigne, y a apporté une modification d'une grande importance pratique.

b. *Procédé de Denonvilliers.* — Il s'était proposé de disséquer le goulot jusqu'au péritoine. Pour cela, il circonscrivit l'orifice par deux incisions courbes et disséqua tout autour du goulot; ayant la partie disséquée entre le pouce et l'index, pour faciliter la dissection, il sentit le cloaque céder à la traction, et put le tirer de deux centimètres. Il crut avoir ouvert le péritoine, mais l'exploration digitale lui fit constater l'existence d'un cul-de-sac. La dissection avait porté dans l'interstice des deux tuniques musculaires. (Pour les autres détails de l'opération nous renvoyons à l'observation VII.) Le malade guérit en un mois.

c. *Procédé de Reybard.* — Reybard procéda dans un cas à la fermeture de l'intestin par la ligature avec un fil (obs. X) de la muqueuse attirée au dehors avec l'érigne à développement de Chassaignac. Il fit pardessus une opération autoplastique, consistant en l'affrontement des surfaces cruentées de la peau disséquée au pourtour de l'orifice dans 3 centimètres de largeur. L'opération échoua.

L'opération de clôture, faite suivant le principe de Malgaigne, a été assez souvent employée et a donné d'excellents résultats. Il n'est pas toujours facile de dire sur quelle partie des tuniques a porté au juste la dissection.

Fleurot (obs. IX) a obtenu, par le procédé de Malgaigne, une guérison ; ou, du moins, il ne persistait après deux mois qu'une fistulette insignifiante.

Chapplain (obs. XIV) a guéri une fistule de la région crurale par dissection de l'intestin et rebroussement des tuniques. D'après ce chirurgien, la séparation aurait porté sur la face externe de la surface séreuse, et la cavité péritonéale n'aurait pas été ouverte grâce à l'étendue des adhérences. M. le professeur Gosselin (*Bull. Soc. chir.*, 1859) exprima des doutes sur le siège exact de la dissection dans des parties modifiées par l'inflammation.

M. Panas (obs. XVIII) a eu une guérison dans un cas où la dissection aurait été faite entre les tuniques séreuse et musculaire. M. Ollier (obs. XIX) a eu un succès immédiat par la dissection de la muqueuse et une suture superficielle. M. Fochier (obs. XXIV) fit

l'opération de Malgaigne : une suture superficielle et des incisions libératrices. La suture superficielle échoua, la suture profonde tint bon et la plaie cutanée guérit rapidement.

Succès complet entre les mains de M. Magnien (obs. XXV) qui dissèque la muqueuse.

M. le professeur Lefort (obs. XXVI) a eu un échec ; mais à la suite d'un érysipèle.

M. Patry avait eu deux succès complets et rapides par dissection de la muqueuse (obs. XXXII et XXXIII). Dans le premier cas, il s'agissait d'un anus ombilical par ligature du cordon ; le chirurgien n'avait pas fait de suture superficielle ; la plaie extérieure guérit facilement.

C'est chose remarquable, en effet, qu'une fois l'orifice intestinal fermé, ces pertes de substance extérieure dont l'occlusion est si difficile par les procédés de suture ou autoplastie en un temps se ferment avec rapidité ; nous trouverons d'autres exemples du même fait dans des observations d'entérorrhaphie circulaire de l'intestin, où la réunion des parties molles n'avait pu être pratiquée à cause de l'étendue de la perte de substance.

De l'analyse des observations de suture et autoplastie citées plus haut, il résulte que les opérations fondées sur le principe de Malgaigne ont donné les résultats le plus constamment favorables, les plus rapides et les plus souvent exempts de ces petites fistules qui font traîner la guérison en longueur.

2° *Procédés qui ferment l'orifice intestinal après ouverture de la cavité péritonéale.* — La préoccupation constante des chirurgiens qui pratiquent l'opération par inflexion de Malgaigne est d'éviter le péritoine : c'est là l'écueil qui empêche de se porter trop en dehors, D'autre part, en se rapprochant par trop de la muqueuse, on n'est pas sûr d'avoir un lambeau suffisamment épais. De plus, cette dissection du goulot et le rebroussement des tuniques faite dans un espace limité, dont on redoute extrêmement de dépasser les limites, présente de sérieuses difficultés. La suture n'est pas commode, elle peut porter sur des lambeaux minces et imparfaitement adossés ; toutes causes d'insuccès : aussi, voyons-nous notée dans quelques observations la persistance de pertuis fistuleux.

Dans ces dernières années, on s'est quelque peu affranchi de l'ancienne terreur que causait l'ouverture du péritoine, et l'on a songé à se mettre à son aise, à donner plus de sécurité à la suture en s'avançant de propos délibéré vers la surface séreuse de façon à l'adosser à elle-même par inflexion. Ce sont là des garanties incontestables de succès au point de vue de la fermeture de l'orifice, de la guérison rapide et définitive de la fistule. Dans une leçon clinique du 13 mars 1883, M. le professeur Trélat a insisté sur les avantages de cette manière de faire, à propos d'une malade atteinte de fistule stercorale, dont il a bien voulu nous confier l'observation. Nous en avons recueilli trois autres se rapportant à des opérations de même nature. La première, déjà ancienne, puisqu'elle remonte à

1853, est de Polano, de Leyde, qui la publia à l'époque dans un journal de Rotterdam. Il la ressuscita vingt-quatre ans après pour la publier dans le *Centrablatt*, afin d'établir sa priorité, à la suite d'un travail de Czerny d'Heidelberg, qui croyait avoir pratiqué cette opération pour la première fois. Les observations de Czerny sont au nombre de deux. Nous allons donner les quatre observations résumées, avant d'en discuter le manuel opératoire et la valeur.

XXXVI. — 1853. Polano (*Centralblatt f. Chir.*, 1877, p. 545). — Homme de 38 ans. Hernie inguinale scrotale droite étranglée, gangrenée et perforée. Guérison spontanée, puis réouverture. Fistule stercorale.

Sept mois après l'étranglement, opération : 1° dilatation de l'orifice ; 2° anse intestinale libérée de ses adhérences avec le pourtour de l'orifice et retenue avec un fil pour qu'elle n'échappe pas pendant l'opération ; 3° anse tirée au dehors d'une longueur d'un cent. et demi à deux centimètres et débarrassée du *tissu cellulaire* qui recouvre la séreuse ; 4° suture de Lembert, disposée de façon à replier en dedans les bords de l'orifice ; 5° réduction de l'anse au voisinage de l'ouverture.

Traitement consécutif : opium, 8 jours après ablation des fils. Résultat : réunion sauf une petite ouverture qui est fermée par un point de suture. 15 jours à 3 semaines après l'opération, guérison complète qui s'est maintenue.

XXXVII. — 1876. Czerny (Beit. für oper. Chir., 1877). — Homme de 48 ans. Hernie inguinale droite étranglée, gangrenée et opérée. Anus contre nature en 1867. Pendant deux ans applications répétées de l'entérotome et cautérisations : échec ; hernie de la muqueuse.

Tentative de suture de Simon : avivement des bords, décollement de la muqueuse et réunion par des sutures superficielles et profondes, incisions latérales pour diminuer la ten-

sion. Résultat : réunion partielle, restent deux fistulettes aux extrémités, qui guérissent par des cautérisations répétées.

9 mois après la plaie se rouvrit sans cause déterminée. Fistule sur le tiers inférieur du scrotum sur une hernie saillante, partiellement réductible.

Opération de Czerny. — 1° Occlusion provisoire de la fistule par la suture du pelletier, 2° incision de 10 centimètres à travers l'ancienne cicatrice et ouverture du sac ; 3° libération de l'anse qui n'est adhérente qu'au voisinage de la fistule ; 4° résection des bords de la fistule ; 5° réunion au moyen de trois fils de catgut adossant les séreuses et d'un deuxième système de suture réunissant les pseudo-membranes ; 6° réduction et ligature au catgut du col du sac herniaire, après section d'une portion d'épiploon ; 7° réunion de la plaie cutanée.

La nuit ou les jours suivants, vomissements sans signe de péritonite. Selle, le deuxième jour. Ablation des sutures, six jours après l'opération. 16 jours après l'opération, plaie presque cicatrisée.

Guérison complète au bout d'un mois.

XXXVIII. — 1876. Czerny (*loc. cit.*). — Homme, 40 ans. Hernie inguinale droite, étranglée et opérée. Anus contre nature qui, après quelques cautérisations, passe à l'état de fistule stercorale. Reproduction de la hernie et issue de presque tout le contenu intestinal par la fistule agrandie avec hernie de la muqueuse.

A l'entrée, fistule des dimensions du pouce, siégeant sur une énorme hernie scrotale. Quand on comprime la fistule, issue de la plus grande partie des fèces par les voies naturelles.

Opérations : 1° occlusion préliminaire par la suture du pelletier ; 2° incision de 10 centimètres partant de la fistule et se dirigeant en dehors et ouvrant le sac ; étendue en bas jusqu'au fond du scrotum, en haut jusqu'à l'anneau pour arriver sur une partie non adhérente de l'intestin ; 3° dissection des adhérences au bistouri ; 4° suture au catgut, à trois étages (le calibre de l'intestin était réduit de moitié). Hémorrhagie en nappe d'assez longue durée ; 5° ligature du collet du sac herniaire ;

6° drain et suture de la peau. Durée de l'opération, deux heures et demie.

Ballonnement du ventre et coliques les premiers jours.

Lavements pour faciliter les selles. Après 10 jours selles régulières. Après 12, le malade mange et se lève. Après 5 semaines, sortie.

XXXIX. — 13 *mars* 1883. Prof. Trélat. Observation inédite (résumée).—Magny (Marie), 68 ans. Fistule stercorale. Découverte et suture de l'intestin; suture de la peau.

Hernie crurale étranglée depuis six jours. Adhérence complète avec le sac herniaire. Opérée par M. X..., interne du service, qui établit un anus contre nature : fixation du pourtour de l'orifice à la peau par des points de suture.

Opération le 9 octobre 1882; premières selles par le rectum le 3 novembre après administration d'un purgatif.

Lavements quotidiens : l'orifice se rétrécit et le 25 novembre plus d'écoulement par cet orifice.

Dans une clinique du 27 novembre, M. Trélat annonçait comme probable la guérison spontanée de cette fistule.

Au sortir de la clinique, deux élèves sont allés vers la malade, ont tourmenté la fistule, arraché un petit bourdonnet de coton qui adhérait. Immédiatement les matières fécales recommencèrent à couler. Elles étaient très abondantes le 29 et restèrent telles jusqu'en mars.

On se décide alors à une intervention.

Opération le 13 *mars* 1883. — Purgatifs, le 10; repos le 11, diète absolue le 12, sauf eau sucrée; bain tous les jours depuis le 9. Précautions antiseptiques.

La fistule stercorale est circonscrite par une incision qui se termine en haut et en bas par deux incisions de six centimètres en tout. A moins de un centimètre, on trouve la surface séreuse de l'intestin libre. Le fait bien constaté, résection de l'entonnoir fistuleux. Suture de Lembert avec la soie phéniquée fine. La suture est irréprochable ; lavage soigné avec eau phéniquée à 5 0/0. L'anse est laissée en place à cause de ses adhérences à l'anneau crural.

Tube et suture de la peau et des parties molles. Lister. Opium à l'intérieur.

Sutures enlevées le 16 ; très bon état. Selle le 17. Très bien le 19; un petit point de la plaie cutanée en haut reste à cicatriser. Guérison parfaite le 21 mars.

Ces opérations peuvent servir d'intermédiaire entre les procédés de Malgaigne et Denonvillers et les opérations d'entérorrhaphie circulaire que nous allons bientôt décrire. Elles se rapprochent des premiers en ce qu'elles obstruent dans un premier temps l'orifice intestinal par le rebroussement des tuniques, des secondes en ce que, commes elles, elles ouvrent la cavité péritonéale et libèrent l'intestin de ses adhérences.

On peut décrire trois temps à l'opération.

1er TEMPS. — *Ouverture du sac péritonéal et libération de l'intestin.* — L'incision cutanée peut être faite de trois façons différentes. Polano paraît avoir agi à l'intérieur même du trajet qu'il dilata préalablement : il arriva par cette voie sur l'anse qu'il libéra et retint avec un fil.

M. le professeur Trélat circonscrivit l'ouverture cutanée par une incision ovalaire prolongée par deux petites incisions dans le grand axe de l'ovale ; cela représentait comme une raquette à deux queues. La libération fut des plus simples, les adhérences ne dépassant pas 1 centimètre. Quand elle fut complète, M. Trélat réséqua l'entonnoir.

Czerny opérait pour des fistules siégeant sur d'énormes hernies scrotales. Il ferma la fistule par la suture

du pelletier, ouvrit le sac herniaire par une longue incision passant à côté de la fistule, libéra l'intestin, dont les adhérences étaient dans un cas très étendues, puis réséqua les bords de l'orifice fistuleux.

2e TEMPS. — *Suture.* — Dans tous les cas, on a eu recours à la suture de Lembert. Polano et M. Trélat ne firent qu'un plan de suture. Ce dernier chirurgien estime qu'un seul plan est suffisant, pourvu qu'il soit soigné et parfait. Czerny fit des sutures à deux ou trois étages. Par un de ces étages il réunit les pseudo-membranes. Il se servit de catgut ; M. Trélat avait employé la soie phéniquée.

3e TEMPS. — *Réduction et suture de la peau.* — M. Trélat ne fit pas de réduction ; l'anse était adhérente à l'anneau crural. Polano et Czerny réduisirent. Ce dernier, après réduction lia le collet du sac herniaire.

Après ou sans réduction, on fait la suture de la peau ; un drain est placé à l'angle inférieur de la plaie.

Comme complication opératoire, signalons l'hémorrhagie en nappe due à la dissection des adhérences qui fut abondante dans un des cas de Czerny. La perte de substance était si grande qu'après suture le calibre de l'intestin était réduit de moitié ; Czerny pensa un moment à faire l'entérectomie. L'opération dura deux heures et demie.

Je ne parlerai pas ici des précautions préliminaires

et des soins consécutifs; ils ne diffèrent pas de ceux que nécessite l'entérectomie.

Les résultats de ces opérations ont été parfaits. Polano a eu une fistulette insignifiante, puisque trois semaines après l'opération son malade était guéri. La malade de M. Trélat avait sa plaie cicatrisée neuf jours après l'opération. Le cas si compliqué de Czerny guérit en cinq semaines; il serait intéressant de savoir ce que deviendront ou sont devenues les hernies.

Ces résultats sont supérieurs comme rapidité de guérison et absence de complication à tous les procédés mis en usage pour la fermeture de l'orifice intestinal. Ils montrent bien que cette occlusion est la meilleure condition de succès et que l'adossement des séreuses est le procédé de choix dans l'anaplastie intestinale. Les précautions antiseptiques ont écarté la terreur qu'inspirait l'ouverture péritonéale; notons du reste que ces opérations ont été pratiquées dant les régions herniaires et non dans la grande cavité abdominale, comme cela arrive dans la généralité des cas pour l'entérorrhaphie circulaire avec laquelle on ne saurait les comparer au point de vue de la gravité.

Est-ce à dire que, s'il existe autour de la fistule des adhérences très étendues, il soit bon de faire une large ouverture péritonéale pour en opérer la dissection et réduire ensuite la hernie? Je ne le crois pas. La ligature du sac après réduction n'empêchera pas plus la récidive qu'elle ne l'empêche après l'opération de la hernie étranglée et il n'est pas sans danger de créer une vaste surface cruentée qu'on rentre ensuite dans

la cavité abdominale. En revanche, il est inutile de se créer des embarras de dissection, d'adosser des lambeaux insuffisants, de faire une suture sinon imparfaite, du moins inférieure. L'ouverture du péritoine dans une région herniaire avec une bonne antisepsie est une opération permise au chirurgien. En résumé, je crois qu'au lieu de faire une longue incision indépendante de la fistule pour entrer dans le sac herniaire et disséquer les adhérences, si étendues soient-elles, de la périphérie au centre, il est préférable de procéder, comme l'a fait M. le professeur Trélat, à une dissection périfistulaire au moyen de laquelle on arrive à la surface externe de l'intestin que l'on dissèque, en se donnant le jour convenable pour faire une bonne suture par adossement des séreuses. Si les adhérences sont peu étendues, on ouvrira le péritoine sans trembler ; si elles sont très étendues, au lieu de disséquer toute une région herniaire, on procédera à l'inflexion sans chercher à dépasser la limite des adhérences.

La dissection périfistulaire, comme l'a pratiquée M. Trélat, comme l'avait pratiquée Denonvillers, me paraît préférable à la dissection intra-fistulaire de Polano, parce qu'elle donne bientôt une prise facile aux doigts ou aux pinces pour achever la dissection.

CHAPITRE V.

DE L'ENTÉRORRHAPHIE CIRCULAIRE APPLIQUÉE AU TRAITEMENT DES ANUS CONTRE NATURE ET DES FISTULES STERCORALES.

(*Entérectomie secondaire.*)

L'opération que nous allons maintenant décrire a été, dans ces dernières années, appliquée assez souvent au traitement de l'anus contre nature, plus rarement au traitement des fistules stercorales.

Pour la pratiquer, il est généralement nécessaire de pénétrer dans la cavité abdominale. On détache alors les adhérences que l'intestin a contractées avec les parties constituantes de la région ; on résèque ou on avive de façon à avoir deux bouts propres à la coaptation, et on réunit les deux bouts ainsi préparés par une suture qui porte sur toute leur circonférence.

Cette opération a pour but l'occlusion parfaite des pertes de substance portant sur l'intestin et le rétablissement *immédiat* de la continuité du tube alimentaire, pour moyen la suture circulaire des deux bouts isolés et régularisés par le chirurgien.

Les auteurs, qui nous l'ont décrite, la désignent sous des noms différents répondant à un ou plusieurs des divers actes opératoires qu'elle comprend : *entérectomie*, *gastro-entérectomie*, *gastro-entérotomie*, *laparo-*

entérectomie, entérorrhaphie, entérectomie circulaire avec entérorrhaphie consécutive, résection circulaire et suture de l'intestin, entérectomie secondaire.

Quelques-unes de ces dénominations sont trop longues pour entrer dans le langage usuel ; d'autres ne se rapportent qu'à un des temps de l'opération, pas toujours au plus important d'entre eux.

L'acte principal, celui qui est indispensable et constant, celui que visent tous les autres temps de l'opération, consiste en la suture circulaire de l'intestin. A ce point de vue, l'expression d'entérorrhaphie circulaire est celle qui me paraît préférable. Le qualificatif de *circulaire* élimine les sutures ne portant que sur un des points de la paroi, les opérations ayant pour but la fermeture d'une simple fistule stercorale par affrontement de ses bords.

Le mot de gastro-entérotomie, employé par Roux et Gendrin, ne fait pas mention de la suture ; il a, de plus, l'inconvénient de prendre le mot entérotomie dans un sens différent de celui où il est employé quand on parle d'anus contre nature. Dans l'espèce, en effet, entérotomie signifie opération pratiquée avec l'entérotome. Enfin, la gastrotomie n'est pas un temps indispensable de l'opération. Cette appellation n'est donc pas applicable à tous les cas.

Entérectomie suppose résection, excision d'une certaine longueur d'intestin. Comme à la rigueur un simple avivement peut suffire, *entérectomie* n'est pas parfait. Il est pourtant employé avec avantage si on lui ajoute l'épithète de secondaire.

M. Julliard, de Genève, distingue deux espèces d'entérectomie, l'une primitive, l'autre secondaire. L'entérectomie primitive consiste, dans la hernie gangrenée, à exciser la partie mortifiée et à réunir par suture les deux bouts de l'intestin; c'est un traitement préventif de l'anus contre nature. L'entérectomie secondaire consiste à exécuter l'opération dont nous traitons ici ; c'est un traitement curatif de l'anus contre nature. Cette dernière dénomination a pour avantage de rappeler une distinction importante, d'indiquer les rapports et les différences qui existent entre deux opérations dont on discute actuellement les indications réciproques, enfin de s'appliquer sans mention spéciale à une affection déterminée, l'anus anormal constitué à l'état de difformité permanente.

Je me servirai indistinctement, dans le cours de ce chapitre, des expressions entérorrhaphie circulaire, résection circulaire, entérectomie secondaire.

Historique. — Il y a deux périodes dans l'histoire de cette opération. Dans la première, on n'y fait allusion que pour la rejeter, ou bien on la réserve pour les cas où toute autre intervention est impossible et où le traitement palliatif lui-même est impuissant à conserver la vie d'un malade dont les forces s'épuisent.

Dans la deuxième, elle entre dans la pratique courante des chirurgiens, tend à se substituer à tout autre moyen et à devenir le mode de traitement classique de tout anus contre nature.

Réunir par la suture les deux bouts d'un intestin

divisé est la première idée qui puisse se présenter à l'esprit du chirurgien ; aussi elle n'est pas nouvelle. Dans le traitement de la hernie étranglée, elle fut mise en pratique pour la première fois par Ramdhor qui, en 1727, fit avec succès la première *entérectomie primitive*. De là à l'application de cette même opération à l'anus contre nature, il n'y avait qu'un pas. On y songea sans doute, mais l'entreprise parut trop périlleuse aux chirurgiens du siècle dernier.

Dupuytren raconte qu'au moment où il dirigea ses travaux du côté du traitement de l'anus anormal, une première idée se présenta à lui : « Pouvait-on, en détruisant les adhérences des deux extrémités de l'intestin abouchées à l'anus et en les rendant entièrement libres, les invaginer, ou provoquer entre elles des adhérences, de manière à rétablir immédiatement la continuité du tube digestif? Mais une telle opération serait accompagnée de trop de difficultés et de dangers pour jamais être entreprise par un chirurgien prudent ; elle remettrait évidemment en question, non seulement la guérison de la maladie, mais la vie même des malades. » (*Dict. de méd. et de chir. prat.*, p. 148.)

A plus forte raison cette opération fut-elle laissée de côté lorsque les chirurgiens eurent à leur disposition un moyen efficace de traitement, l'entérotomie.

Lorsque, en 1827, Casamayor publia sa fameuse observation d'anus iléo-vaginal, il raconta que des médecins avaient conseillé à sa malade de se faire ouvrir le ventre et coudre les deux bouts d'intestin.

« Mais, dit Dupuytren, Casamayor était trop habile pour adopter un pareil système. » L'entérotome pouvait être appliqué, il le fut avec une rare ingéniosité.

C'est Roux qui, le premier, fit une laparotomie pour aller à la recherche des deux bouts de l'intestin dans un cas d'anus iléo-vaginal. L'observation fut communiquée par lui à l'Académie de médecine en 1828. Ce chirurgien avait commis de nombreuses erreurs opératoires que nous résumerons plus loin dans le chapitre consacré à l'anus iléo-vaginal. Son insuccès ne contribua pas à vulgariser l'opération (1).

La même année, et à la suite de cette communication, Gendrin publia dans le *Journal de médecine* (2) un travail dans lequel il traite de l'entérorrhaphie et de la gastro-entérotomie comme moyen de guérir les anus contre nature. Il considère ces opérations comme indiquées seulement par l'insuccès des autres moyens, le dépérissement du malade et le danger de mort, par le *melius anceps quam nullum*. En 1857, Maisonneuve pratiqua, dans un cas d'anus contre nature où le bout inférieur était introuvable, une opération qui diffère de celles que nous étudions ici en ce que, au lieu de suturer le bout supérieur à l'inférieur, il le réunit aux bords d'une ouverture pratiquée sur le cæcum. La malade mourut.

L'observation a été publiée dans la thèse de Foucher (3). Nous en donnons ici le résumé.

(1) Journal gén. de méd., 1828, p. 282.
(2) Ibid, p. 296.
(3) Foucher. Thèse d'agrég., p. 181.

Observation I (résumée) recueillie à l'hôpital de la Pitié, service de M. Maisonneuve.

Anus contre nature ; impossibilité de trouver le bout inférieur de l'intestin ; traitement : inosculation de l'intestin grêle avec le gros intestin ; mort.

Trinotte (Françoise), 40 ans, journalière, entrée le 5 septembre 1856. Hernie crurale droite, datant de vingt ans, étranglée en février 1855. Cinq jours après le début des accidents, établissement d'un anus contre nature.

A l'entrée, à la partie antéro-interne de la cuisse, au-dessous de l'arcade, au milieu de fongosités, orifice irrégulièrement rond, permettant l'introduction d'une grosse sonde de gomme élastique, par où s'échappent les matières alimentaires non encore digérées, les légumes presque intacts.

Maigreur, débilitation générale. Plus de selle par l'anus.

Impossibilité d'introduire une sonde par le bout inférieur.

Le 3 octobre, Maisonneuve fit au niveau de la fosse iliaque droite, à 2 cent. au-dessus de l'arcade, une incision de 8 à 10 cent. de longueur et divisa successivement peau, muscles et péritoine. Il attira au dehors une anse d'intestin grêle distendue par des gaz appartenant au bout supérieur, la fixa avec un fil, puis fit au cæcum, au-dessous de la valvule iléo-cæcale une incision verticale de 4 à 5 cent. Une ouverture semblable fut faite sur le bord convexe de l'intestin grêle : les deux intestins furent réunis par la suture de Gély.

On mit sur la plaie extérieure des serre-fines, et on fit un pansement simple.

Le lendemain et les jours suivants, symptômes de péritonite. La plaie cutanée ne se ferma pas.

Le premier jour de l'opération, la malade eut une selle liquide et jaunâtre ; mais le troisième jour, la suppression des selles par l'anus était de nouveau complète, et toutes les matières intestinales coulaient par l'anus contre nature.

La malade s'éteignit peu à peu, un mois après l'opération.

L'autopsie montra un éperon très saillant, oblitérant presque complètement le bout inférieur. Dans la fosse iliaque, énorme

abcès en dehors du cæcum. Il y a des adhérences très visibles entre les deux intestins; seulement il est facile de voir que l'ouverture pratiquée par le chirurgien est trop peu considérable, qu'elle se trouve en dehors du passage des matières alimentaires, et qu'il faut attribuer à ces deux conditions le peu de succès de l'opération, eu égard au cours des matières. Si l'opération devait être de nouveau pratiquée, il faudrait obtenir une inosculation plus complète.

« Ce sont là, dit Foucher, des circonstances graves dans lesquelles le chirurgien, n'ayant plus pour s'éclairer ni les préceptes de l'art, ni les conseils des maîtres, se trouve en face de sa conscience, qui devient dès lors son seul guide. » Grâce aux progrès de la chirurgie contemporaine, le chirurgien trouverait aujourd'hui et des préceptes et des exemples. Parmi les observations que nous rapportons plus loin, il en est qui sont calquées sur celle de Maisonneuve, où l'entérorrhaphie circulaire a amené de rapides guérisons.

Cependant les travaux de Jobert (1) et de Lembert(2) avaient fait faire un pas immense à l'entérorrhaphie en donnant des procédés fondés sur le principe de l'adossement des séreuses, cependant la belle opération de Reybard avait montré qu'on peut avec succès ouvrir l'abdomen, exciser un morceau d'intestin et rétablir par la suture la continuité du canal alimentaire.

Pour que ces hardiesses opératoires entrassent dans la pratique, il fallait quelque chose de plus aux chi-

(1) Arch. gén. de méd., 1824.
(2) Id., 1826.

rurgiens, la confiance en leurs moyens d'action, la sécurité au point de vue des suites. La pratique de l'ovariotomie, l'extension de plus en plus grande donnée aux opérations qui se pratiquent dans la cavité abdominale, et encore, et surtout l'introduction de la méthode antiseptique leur ont donné cette confiance et cette sécurité.

Aussi, dans ces dernières années, la « première idée » qui était venue à l'esprit de Dupuytren a été reprise et mise en pratique. C'est presque exclusivement en Allemagne que les opérations d'entérorrhaphie circulaire ont été faites pour anus contre nature. De même que l'opération de Ramdhor avait précédé la tentative de Roux, de même aussi, dans l'ère nouvelle, la pratique de l'entérectomie primitive, de la résection et suture pour hernie étranglée, a précédé la pratique de l'entérectomie secondaire. La première observation allemande d'entérorrhaphie pour anus contre nature que nous possédons date de 1876 : elle est de Hüter et a été suivie de mort. Madelung (1) cite dans son mémoire une observation plus ancienne due à un chirurgien américain, Kinloch ; elle est de 1863.

Mais ce sont les faits de Schede, de Dittel et de Billroth qui ont contribué à vulgariser l'opération, dont les chirurgiens allemands se sont beaucoup occupés dans les trois derniers congrès de chirurgie. Sur la question de savoir s'il faut préférer dans tous les cas les nouvelles aux anciennes méthodes, les opinions

(1) Arch. f. Klin. Chir. 1881.

sont indécises ou partagées : on tend à adopter l'entérectomie comme méthode générale de traitement.

Schede (8e congrès), après avoir accordé à la résection les cas où l'application de l'entérotome est impossible, ajoute que l'emploi de l'entérotome, moyen ennuyeux et incertain, ne paraît pas plus dangereux, *provisoirement* du moins, qu'une résection antiseptique de l'intestin.

Billroth considère que la question est laborieuse et exige des documents précis sur l'emploi de l'entérotome. Souvent il est inapplicable, si on ne veut pas agir aveuglément. Son impression est la suivante : les malades s'habituent à la longue à l'incarcération de l'intestin par les branches de la pince, qui, tolérée par beaucoup, est à peine possible pour quelques autres. Il croit que l'entérectomie faite avec précaution est non seulement plus sûre, mais encore plus inoffensive.

Pour Vittelshœfer, l'excision intestinale est le traitement de l'anus contre nature.

Wilms est le seul à plaider la cause de l'entérotome de Dupuytren; il l'a appliqué un peu moins de trois mois après l'établissement de l'anus ; il a obtenu 5 succès.

En dehors des discussions des 7e, 8e et 9e congrès, les matériaux sur la question ont été réunis dans les mémoires de Jaffé (1), Rydygier (2), Madelung (3).

M. le professeur Julliard (de Genève) a publié l'an-

(1) Volkmann's Sammlung Klin. Vort, n° 201.
(2) Berlin Klin. Wodh., 1881.
(3) Arch. f. Klin. Chir. 1881.

née dernière deux intéressantes observations de résection d'intestin pour anus contre nature, terminées par la guérison. Il les a fait suivre d'une note dans laquelle il se déclare partisan de l'entérectomie secondaire, qu'il considère comme « certainement et de beaucoup le procédé le plus sûr et le plus prompt pour guérir l'anus contre nature » et qu'il croit « plutôt moins dangereux » que l'entérotomie (1) par l'instrument de Dupuytren.

En France, ces opérations sont restées peu connues. Indiquées dans une revue critique de M. Bouilly (2) et dans de courtes analyses de la *Revue des Sciences médicales*, elles ne sont même pas mentionnées dans les ouvrages classiques les plus récents.

Deux thèses ont été publiées dernièrement sur le traitement des anus contre nature, l'une de M. Goubaut (3), l'autre de M. Ivanichevitch (4). Elles signalent ces nouvelles tentatives, mais elles n'en font pas la critique et n'en précisent pas les indications.

Nous ne possédons actuellement aucun travail d'ensemble sur la question de l'entérectomie secondaire. M. Bouilly qui, le premier et, je crois, le seul en France, a pratiqué cette opération, publie en ce moment dans la *Revue de chirurgie* une revue critique intitulée : « De la résection circulaire et de la suture de l'intestin dans la cure des hernies étranglées gan-

(1) Revue méd. de la Suisse romande, 15 août 1882.

(2) De l'entérectomie et de l'entérorrhaphie, par Bouilly. Revue de chirurgie, 10 janvier 1881.

(3) Goubaut. Th. de Nancy, 1881.

(4) Ivanichevitch. Th. de Paris, 1882.

grenées et de l'anus contre nature. » Ce qui est relatif à l'anus contre nature n'a pas encore paru au moment où j'écris ces lignes. Toutefois M. Bouilly a bien voulu mettre à ma disposition les observations qu'il avait recueillies sur ce sujet. Quelques-unes m'étaient déjà connues par les traductions qui m'en avaient été faites. Celles qu'a réunies M. Bouilly sont plus nombreuses, classées avec soin dans leur ordre chronologique et pourvues de leurs indications bibliographiques.

OBSERVATIONS.

Ces observations sont au nombre de 29. Les unes sont publiées telles qu'elles ont été résumées par M. Bouilly qui, autant que possible, s'est reporté aux documents originaux. Les autres sont exposées avec de plus grands détails : elles me paraissent bonnes à donner une idée exacte de ce genre d'opérations.

I. — 1863. 27 mai, Kinloch (Caroline du Sud). (*Amer. Journ. of the médic. sciences*, vol. LIV, 1867, p. 104. Cité par Madelung) (1). — Anus contre nature après un coup de feu. La balle avait pénétré au-dessous de l'épine iliaque antéro-supérieure du côté droit, traversé la paroi péritonéale, et était sortie à gauche, à trois pouces de la ligne médiane et au-dessus de l'ombilic.

Sept mois après la blessure, laparotomie, résection d'un demi-pouce du bout supérieur et de deux pouces du bout inférieur de l'intestin. Une tentative d'invagination par le procédé

(1) Obs. communiquée par M. Bouilly.

de Jobert est infructueuse, à cause des adhérences du bout inférieur. Une quantité de sutures en bouton réunissent les deux bouts l'un à l'autre. Trois sutures de soutien (probablement au fil d'argent) faites à la manière de Lembert réunissent les surfaces séreuses. Réduction ; pourtant le lieu de la suture intestinale fut maintenu fixé près de la plaie de l'abdomen au moyen d'un fil à ligature, qui avait été posé sur un point saignant du mésentère.

Au troisième jour, formation d'une fistule stercorale ; au septième jour, selle par l'anus. Par l'application de l'entérotome de Dupuytren et une cautérisation circulaire, on obtint encore plus tard une réelle amélioration.

(Il n'est pas dit si la guérison fut complète.)

II. — 1876. 22. février. Hüter (*Deutsche Zeitsch f. chir.*, IX, p. 521. Décrit par Schüller) (1). — Homme, 43 ans. Anus contre nature consécutif à une hernie étranglée inguinale droite. Fermeture de l'intestin au moyen de la compression avec les doigts. Il n'est pas fait mention de différence de calibre entre les bouts. Suture de Lembert au catgut. La portion d'intestin suturé n'est pas réduite. Le soir, grandes douleurs. T. 40°. Mort le lendemain d'une péritonite par perforation.

III. — 1878. 13 juin, Schede (*Verh. der Deut. Zes. f. ch.* 1879). — Femme de 43 ans, délicate et très affaiblie. Hernie crurale gauche, étranglée, gangrenée, opérée. Etablissement d'un anus contre nature par où s'échappent toutes les matières.

Impossible d'atteindre avec le doigt ou la sonde le bout intestinal qui charrie les matières ; aussi on ne peut recourir qu'à une laparotomie. Préparation de deux jours, consistant en dégorgement du bout supérieur par légers laxatifs, alimentation par lavements, opium à la fin.

Opération, le 13 juin 1878. Abdomen ouvert par une incision de 8 centimètres, commençant un peu au-dessus de l'ouverture intestinale. Le bout supérieur, trouvé sans grande peine, fut tiré hors de la plaie et lié temporairement avec un

(1) Obs. communiquée par M. Bouilly.

fort fil de catgut modérément serré. La portion d'intestin comprise entre le siège de la ligature et l'orifice fut lavé et désinfecté soigneusement avec une solution phéniquée à 5 0/0. L'abdomen fut alors incisé au niveau de l'orifice inférieur qui fut libéré complètement. L'orifice du bout afférent fut ensuite libéré de ses adhérences. Les deux bouts rafraîchis furent réunis par la suture de Lembert, avec catgut n° 0 et une deuxième rangée de points sur la séreuse. Une portion cunéiforme du mésentère avait été excisée: réunion par suture. Les ligatures provisoires purent alors être supprimées. L'intestin ne fut pas réduit, mais laissé dans la plaie réunie sur une étendue telle qu'il n'y eut pas d'étranglement. Une longue épingle fut passée entre les deux lèvres de l'incision abdominale et le mésentère de l'intestin hernié; les bouts de l'épingle furent coudés à angle droit. Protective et compresses de gaz froissées, maintenues sans compression.

A la suite, pas de fièvre. Le soir seulement du jour de l'opération, un vomissement. Le premier pansement fut fait deux jours après; le deuxième après six jours. Ce jour, une très petite quantité de matière stercorale se montra sur un point; néanmoins, deux jours après, huitième à partir de l'opération, l'occlusion était complète, l'intestin s'était recouvert de granulations.

Les selles avaient été empêchées par une diète liquide stricte et l'emploi de l'opium. Le cinquième jour, abondante évacuation de matières fécales molles, et depuis lors évacuations par les voies naturelles. Le dixième jour l'épingle est retirée et l'intestin rentre spontanément deux jours après.

Cinq semaines après l'opération, cicatrisation complète. La malade sort avec un bandage herniaire.

Dix mois après l'opération, la malade se porte entièrement bien.

IV. — 1878. Schede (*Loc. cit.*). — Femme. 62 ans. Hernie ombilicale irréductible, de la grosseur d'une tête d'enfant, datant de dix ans. La peau était amincie, lisse, luisante, avec une ulcération large comme la paume de la main et un orifice de la dimension d'un mark conduisant dans l'intestin

grêle, plus deux petites fistules. Prolapsus de l'intestin. Les anamnestiques démontrèrent que la peau s'était d'abord ulcérée et que l'ulcération avait ouvert l'intestin. La plus grande partie des fèces sortaient par la fistule.

En raison de l'amincissement de la peau, de l'ulcération, de la forme labiée de l'anus, on ne pouvait songer à une guérison spontanée.

Opération. — Excision de la peau amincie. Dissection difficile des adhérences intestinales autour de l'ulcération. Excision de 12 cent. d'intestin, du segment mésentérique correspondant et d'une grosse portion d'épiploon. Suture de Lembert. La partie suturée de l'intestin fut fixée par une suture de matelassier passant par le mésentère et les lèvres de la plaie. Cette suture transformait l'ouverture herniaire en une mince incision, que l'opérateur se proposait de fermer ultérieurement pour la cure radicale après avoir réduit l'intestin.

La malade paraissait à l'abri de toute complication septique, lorsque le quatrième jour elle mourut d'une embolie de l'artère pulmonaire, provenant d'une ancienne thrombose de la veine crurale.

L'autopsie montra l'absence de toute péritonite, la réunion des bouts de l'intestin et des adhérences de l'intestin avec le pourtour de l'orifice herniaire si complètes que l'occlusion de la cavité abdominale était assurée.

V. — 1878. Dittel (*Wiener Med. Woch*; 1878. N° 48). (Résumée). — Hartig (Anna), 47 ans. 15 septembre 1878. Ancienne hernie crurale droite étranglée et opérée heureusement il y a quatre ans, étranglée de nouveau le 1er juillet 1878 et terminée par anus contre nature. A l'entrée, on constate ouverture de 7 centimètres dans son grand axe, 3 centimètres et demi dans le petit axe, avec prolapsus intestinal gros comme une pomme dans la station horizontale, long de 12 à 13 centimètres dans la position debout. Au sommet du prolapsus, deux orifices, appartenant, l'un supéro-externe au bout inférieur, l'autre inféro-interne au bout supérieur. Tout sort par l'anus anormal. La position horizontale, les bandages compressifs ne donnent aucun résultat.

Les doigts introduits dans les deux bouts ne sentent que peu de substance entre les deux bouts, ce qui permet de supposer qu'il n'y a pas d'anse interposée ; il n'y a pas d'éperon, mais un pont entre les deux bouts. L'auteur ne croit pas devoir recourir à l'entérotome, se fondant sur la possibilité de la sténose intestinale à la suite de la perte de substance que subirait l'intestin et la difficulté de fermer l'orifice par un lambeau, à cause des mauvaises conditions de la peau.

Opération le 8 octobre 1878. — Parallèlement au rebord cicatriciel oval de l'anus, à 5 millimètres de lui, incision circulaire comprenant peau, muscle, péritoine, de sorte que le bord de l'ouverture abdominale reste adhérent à l'intestin. Les deux branches de l'anse sont libérées circulairement des adhérences péritonéales et de leurs adhérences mutuelles tirées hors de l'abdomen et décroisées. Perte de substance si grande, qu'il ne reste plus qu'une languette de la paroi postérieure de l'intestin grêle, à 3 centimètres de la valvule de Bauhin. Pus dans l'appendice vermiculaire qui est lié au catgut et enlevé. Résection de 3 centimètres des deux bouts avec le rebord cicatriciel. Invagination du bout supérieur dans l'inférieur, suture du pelletier avec catgut n° 1. Réduction de l'intestin, la suture mise en face du milieu de l'ouverture abdominale. Pansement de Lister.

La nuit après l'opération, issue de gaz et de matières fécales par le rectum.

Les premiers jours, pas de fièvre, un peu de ballonnement, éructations, passage de quelques gaz entre les sutures.

Neuf jours après l'opération, la plaie ne laisse plus passer de gaz et la plaie diminue.

Un mois après l'opération, la plaie est presque cicatrisée, et la malade peut être considérée comme complètement guérie ; les selles sont quotidiennes, spontanées, normales.

VI. — 1878. Esmarch (*Verh. d. D. Zes. f. chir.* 1879 p. 83). — Fistule intestinale dans une grosse hernie scrotale. Résection de 5 centimètres d'intestin ; suture. Réduction.

Le sixième jour, mort par péritonite par perforation au niveau du mésentère ; épanchement stercoral dans le péri-

toine. Sur toute la périphérie les deux bouts de l'intestin étaient solidement unis.

Le chirurgien avait été amené à une opération aussi radicale pour une simple fistule, parce que, après libération de la fistule, il avait trouvé au-dessous de la fistule une portion d'intestin si rétrécie, qu'elle admettait à peine l'extrémité du petit doigt.

VII. — 1878. 5 nov. Billroth. (*Wien. Med. Woch.*, 1879, n° 1, p. 1). — Marie P..., 33 ans. Hernie crurale droite étranglée. Abcès stercoral suivi d'anus contre nature. A la suite, phénomènes d'obstruction intestinale due à un retrécissement du bout supérieur qu'on dilate à l'aide de cathéters, d'où soulagement.

Le lendemain, anesthésie avec projet d'employer l'entérotome de Dupuytren.

Section de la peau amincie, ablation avec la curette des fongosités de la plaie. Le bout inférieur fut facilement trouvé, mais dans la recherche du bout supérieur on tombe dans une cavité pelvienne profonde renfermant du pus. Une autre sonde dirigée dans le même sens pénétra dans le bout supérieur inaccessible au doigt et par suite à l'entérotome.

Incision de bas en haut sur l'arcade crurale pour donner issue au pus. Section d'une bride cicatricielle qui fixait et serrait le bout supérieur de l'intestin, qui devient tout-à-fait libre et peut être retiré en dehors. Ayant à choisir entre l'établissement d'un anus contre nature et l'entérorrhaphie, Billroth choisit ce dernier moyen. Pendant que deux aides lavaient soigneusement avec une solution thymique les extrémités intestinales et empêchaient l'issue des matières, il sectionna les bouts ulcérés de l'intestin et une partie du mésentère.

Le bout supérieur, notablement plus large, fut rétréci au moyen d'un pli qui fut dévié latéralement et fixé par une suture du côté de la lumière de l'intestin. Suture du mésentère et de l'intestin avec des fils de soie phéniquée, suivant la méthode ordinaire, les aiguilles traversant la couche musculeuse seulement, sans toucher à la muqueuse.

Réduction de l'intestin. Drainage de l'abcès pelvien. On ne

pouvait songer à fermer la plaie par la suture, la peau faisant défaut. Pansement avec boulettes de gaze de spermaceti.

Les phénomènes d'iléus qui existaient encore avant l'opération, la complication d'un abcès pelvien, le plissement nécessaire de l'intestin, tout cela laissait peu d'espoir dans un organisme affaibli. Pourtant tout alla bien. La malade se remit lentement du sommeil anesthésique, vomit plusieurs fois le lendemain, eut le 3e jour une selle abondante. La nourriture d'abord liquide fit place peu à peu à des aliments solides. La plaie cutanée retint la malade au lit et à l'hôpital, circonstance favorable à la bonne consolidation de la suture intestinale. Enfin la malade s'est complètement rétablie.

VIII. — 1879. Billroth (*Arch. für Klin. chir.*, t. XXIV, 1879. Observ. par Richard Wittelshœfer). — Garçon de 16 ans. Hernie inguinale droite, étranglée. Abcès stercoral, incision. Établissement d'un anus contre nature.

Deux mois après, 23 février 1879, amaigrissement extrême malgré appétit vorace. Plaie considérable ; hernie de la muqueuse du bout inférieur. Le bout supérieur est situé plus bas au milieu des granulations de la plaie.

Injection de peptones dans le bout inférieur, mal supportée. Affaiblissement se prononce ; nécessité d'une prompte intervention.

Le 3 mars, opération. Raclage des bourgeons charnus de la plaie qui est large comme la main. Incision cutanée circonscrivant les deux ouvertures intestinales qu'on dégage. Résection de 1 cent. 1/2 du bout supérieur, de 3 centimètres du bout inférieur. Bouts maintenus par les mains des aides. L'égalité de diamètre des deux bouts est rétablie par la dilatation mécanique du bout inférieur. Suture avec fils de soie adossant les séreuses et ne comprenant pas la muqueuse. Réduction de l'intestin. Impossibilité de réunir la peau ; suture de l'anneau inguinal pour empêcher la hernie de l'intestin suturé.

A la suite, pas de fièvre. Repos, café et lait.

Le 4e jour, première selle par l'anus.

Au bout de quatre semaines, le malade peut être considéré

comme guéri ; il ne reste plus qu'une petite plaie. Guérison définitive complète.

IX. — 1879. 8 avril. Schede (*loc. cit.* p. 81). — Femme, 58 ans. Fistule stercorale, après hernie étranglée et gangrenée, opérée de la ligne blanche, au-dessous de l'ombilic. Rapide diminution du poids du corps qui fut arrêtée avec un succès brillant par l'emploi des injections de peptone. Passage d'une grande partie des matières par l'anus ; néanmoins persistance d'un infundibulum fistuleux, donnant issue à une grande quantité de liquide biliaire.

Echec des cautérisations au fer rouge et d'une autoplastie. L'éperon n'étant pas évident, on n'a pour obtenir la guérison qu'une ressource, la laparotomie.

Au dessous et à droite de l'ombilic, section sur les deux côtés de la fistule entourée de tissu cicatriciel dur et incision verticale de la paroi abdominale sur une étendue de 10 centimètres. Libération difficile de l'intestin. Résection des deux bouts. Ligature temporaire au moyen d'un fort fil de catgut modérément serré. Suture de Lembert. Réduction. Suture complète de l'abdomen.

Le lendemain, vomissements dus à une anesthésie de deux heures ; deux points de suture cèdent. Selle le quatrième jour ; depuis défécation normale. Au huitième jour et huitième pansement, guérison presque complète ; petit infundibulum couvert de granulations là où les sutures avaient lâché. Partout ailleurs réunion par première intention. La température atteignit une fois seulement 38°,5 et resta normal depuis lors. La malade a repris sa corpulence et jouit d'une bonne santé.

X. — 1878-79, Schönborn (Lievin et Falkson, *Deutsche Zeischr., f. chir.*, XIII, p. 410) (1). Anus contre nature du côlon descendant. Le jour suivant symptômes d'iléus. Le troisième jour, réouverture de la plaie et de l'intestin. Mort le quatrième jour ; pas de péritonite.

(1) Obs. communiquée par M. Bouilly.

XI. — 1880. 1er février. Bardenhener (*Die Drainimng der Peritoneal-hohle*. Stuttgart, 1881, p. 219) (1). — Hernie inguinale étranglée gangrenée depuis 14 jours.

Perforation de l'intestin par gangrène de la grandeur d'une pièce de dix pfennings. Il se forme un anus contre nature complet. Laparotomie; résection d'un morceau considérable des deux bouts et du mésentère correspondant. Suture en étages.

Mort, le neuvième jour de péritonite généralisée. La suture s'était relâchée près du mésentère; grande quantité de matières fécales épanchées dans la fosse iliaque.

XII. — 1880. 23 juin. Billroth (Wittelshœfer, *Wien. Medic. Wochensch.*, 1881, n° 3). — Homme; anus consécutif à une hernie inguinale droite étranglée, gangrenée et opérée.

Trois mois après, 13 juin 1880, amaigrissement, peau pâle, muscles affaiblis, fièvre, organes thoraciques normaux. Au-dessus du scrotum droit, cicatrice de 7 centimètres avec 3 fistules, entourées de tissu calleux. Au-dessous du ligament de Poupart, autre cicatrice avec fistule. Toutes les fistules communiquent entre elles et livrent passage aux fèces.

23 juin, opération. Nettoyage soigneux du champ opératoire, section de la peau amincie, excision des bords. Incision commençant vis-à-vis l'épine iliaque antérieure et supérieure, à 3 centimètres au-devant d'elle, s'étendant sur une longueur de 13 centimètres jusqu'à la racine de la verge et le scrotum. Libération du bout supérieur qui est tiré hors de l'abdomen; puis du bout inférieur qui est difficile à trouver. Résection de 1 cent. 1/2 des deux bouts. Suture au moyen de 13 points de fil de soie comprenant séreuse et musculaire. Réduction. Draînage de la plaie et de l'abdomen; suture superficielle. On administre tannin et opium. A la suite, pas de fièvre. Première selle quatre jours après.

Le 7 août, le malade est guéri et rentre chez lui.

XIII. — 1880. 23 juillet. Thiersch (Græfe, *Berl. Klin. Wo-*

(1) Obs. communiquée par M. Bouilly.

chens., 1881, n° 8). — Hermann B..., 30 ans. Hernie inguinale gauche étranglée gangrenée. Etablissement d'un anus contre nature portant sur la terminaison de l'iléum; hernie de la muqueuse par le bout inférieur.

Deux mois et demi après la kélotomie, le 23 juillet, le professeur Thiersch proposa au malade de l'opérer.

Six jours avant l'opération, le malade fut mis à la diète; il ne recevait par jour que 1 litre de lait et 1 potage avec 2 œufs. Vingt-quatre heures avant l'opération, il cessa de manger. Les deux orifices intestinaux furent nettoyés par des injections d'eau répétées plusieurs fois. Le tube superieur fut ainsi complètement vide de matières fécales. Peu après la kélotomie, on avait eu une selle par l'anus ; mais depuis il y avait eu seulement des vents qui s'échappaient par le bout inférieur.

Pendant ces préparatifs, l'eczéma guérit et il persista seulement un peu d'infiltration des parties molles.

Pendant l'anesthésie, on lava de nouveau l'intestin avec de l'eau salicylée, les bords de la fistule furent avivés et toutes les mucosités furent enlevées; puis, ayant détaché les bouts de l'intestin de leurs adhérences, on le tire en dehors et on place à 10 centimètres environ de leur extrémité libre deux pinces à polypes dont les branches sont garnies de caoutchouc désinfecté, et on opère la fermeture par un fil de fer.

Les adhérences cicatricielles qui lient les deux bouts de l'intestin à la paroi abdominale, nécessitèrent qu'après avoir sectionné la muqueuse on réséquat sur le bout inférieur une bande de 6 centimètres de long, sur le le bout supérieur une bande de 4 centimètres.

La surface de section des deux tubes avait les mêmes dimensions.

Le mésentère fut sectionné en coin; on lia avec du catgut les vaisseaux du mésentère qui donnaient beaucoup de sang; on sutura la section avec du catgut.

Pour réunir les deux bouts de l'intestin, on dut employer une trentaine de sutures qu'on fit avec des fils de soie fin, d'après la méthode de Lambert. Les sutures furent placées sur deux rangs, en se conformant aux indications de Kocher : le

rang intérieur destiné à maintenir les deux surfaces de section de l'intestin, le rang extérieur destiné à étaler et à fixer la séreuse. Pour cette dernière opération on eût soin de ne pas englober la muqueuse dans les sutures.

On enlève les pinces qui n'ont provoqué aucune déchirure, ni aucun trouble de la circulation; mais pour rentrer l'intestin sans effort ni traction, on incisa en haut les parties molles et on fit une laparotomie plus étendue; on rentre alors l'intestin qu'on a eu soin de désinfecter de nouveau, on suture le sac herniaire et le péritoine, avec des ligatures de catgut très serrées; les sutures extérieures sont faites avec de la soie. A chaque angle de la plaie, on place un petit drain. Bandage antiseptique, opium, glace.

Le succès arriva sans complication, la température ne s'éleva pas au-dessus de 37,8. Envies de vomir, peu de temps après l'opération. Le malade se plaignit seulement de coliques survenant de temps en temps et facilement soulagées par la morphine. Jusqu'au 28 juillet, six jours après l'opération, le malade ne prit aucune nourriture; la diète dura sept jours en tout. On lui donna alors des aliments liquides, de la viande crue, puis, peu à peu, des aliments plus consistants. Au bout de trois jours, on eut les premiers vents; au neuvième jour, selle liquide de couleur jaune clair, avec quelques coliques et un peu de ténesme. La plaie ne se cicatrisa pas par première intention. Cependant, dès le premier jour, la cavité abdominale a été bien fermée; jamais de signe de péritonite même localisée.

Le malade fut congédié au commencement de septembre avec un bandage herniaire. Dans les efforts de toux, on sentait très nettement l'intestin qui pressait sur la cicatrice.

Deux mois après, le malade fut revu. Il était en bonne santé et ne présentait aucun signe de rétrécissement du canal intestinal.

XIV. — 21 déc. Baum (*Berl. Klin. Woch.*, 1881, n° 20). — Françoise H..., 48 ans, femme d'un gardien du chemin de fer de P..., fut reçue, l'an passé, dans l'hospice de la ville. D'après les renseignements, elle ignorait antérieurement l'existence

d'une hernie, quand dix semaines avant son entrée, soulevant un fardeau, elle vit une hernie crurale faire saillie à droite. Le taxis resta sans effet, et quatre jours après l'étranglement, on pratiqua la kélotomie. L'intestin se montra enflammé et le résultat fut un anus contre nature. Les matières et les vents s'échappèrent d'abord par cet anus contre nature, et toute la partie inférieure de l'intestin resta vide, malgré des injections répétées. État présent : la malade est très amaigrie; la fistule située à 2 centimètres au-dessous du ligament de Poupart, est arrondie, a un diamètre de 1/2 centimètre avec des bords légèrement dentelés ; il s'en échappe continuellement des matières liquides. Sur une certaine étendue, la peau qui entoure cette fistule est rouge et excoriée ; elle se dispose en plis radiés et est un peu adhérente aux tissus sous-jacents. Un cathéter métallique peut être enfoncé dans le bout supérieur sur la ligne médiane ; le bout inférieur ne peut pas être trouvé ; latéralement, la sonde ou le cathéter tombent dans une poche sous-cutanée qui s'étend au delà du ligament de Poupart.

Après avoir baigné plusieurs fois la malade, et après avoir vidé l'intestin autant que possible, j'entrepris l'opération le 21 décembre de l'an dernier.

La fistule fut d'abord circonscrite par deux incisions transversales en croissant, et cette surface elliptique fut détachée de la couche sous-jacente.

L'intestin devait être détaché et attiré en dehors avec ce morceau de peau qu'on pouvait aisément fixer. Mais ce fut impraticable, car la peau et l'intestin n'étaient pas adhérents véritablement et ne tenaient l'un à l'autre que par des bourgerons sans consistance, qui se déchirèrent pendant la dissection. La peau fut disséquée et enlevée, et on se trouva en présence d'une poche tapissée de granulations molles ; de là partait un pertuis étroit rempli de pus de mauvaise nature, qui s'étendait à droite et en haut, jusqu'au-dessus du ligament de Poupart. L'anneau crural était comblé par la muqueuse intestinale et laissait voir, un peu à gauche, l'ouverture assez large du bout inférieur ; le bout inférieur lui-même n'était pas visible.

Après avoir soigneusement désinfecté la poche, on saisit

l'orifice intestinal dans une grosse pince à crémaillère, on incisa les ligaments de Poupart et de Gimbernat, et on tira l'intestin en dehors à travers ces ouverture. On vit alors qu'on avait eu affaire à une hernie de Littre ; la partie intermédiaire de la paroi mésentèrique de l'intestin grêle, longue de 2 centimètres, haute de 1 centimètre, ne laissa voir aucune formation d'éperon ; elle s'étalait au contraire complètement sur l'orifice du bout inférieur, dont les parois accolées dans le sens de leur diamètre frontal se continuaient derrière le pubis. D'après la méthode de Kocher (*Centralblatt chirurgie*, 1880, n° 2), le mésentère fût entouré d'une ligature solide, et la résection fut pratiquée d'un coup de ciseau. Le morceau d'intestin coupé mesurait 5 centimètres 1/2 sur son bord concave ; le bord convexe complet mesurait 11 centimètres. Le diamètre du bout inférieur était à celui du bout supérieur dans le rapport de 2 à 3. On enleva alors la pince à crémaillère et l'intestin fut maintenu pincé entre les doigts d'un assistant.

Je fis la suture double de l'intestin d'après la méthode de Czerny (Journal hebdomadaire, 80, n° 45). Les points de suture se trouvant plus rapprochés au bout supérieur qu'au bout inférieur, il en résultait une série de plissement sur le bout supérieur qui dépassait l'autre sur toute sa péripthérie. La suture terminée, l'intestin se présenta à nous comme s'il y avait une invagination du bout supérieur dans le supérieur, et je mentirais en n'avouant pas que j'eus des craintes au sujet du calibre futur du tube intestinal ainsi reconstitué. Ces craintes, d'ailleurs, ne furent pas vérifiées.

Le mésentère fut encore réuni en haut et en bas à l'intestin par quelques points de sutures. Pour les sutures, on employa les fils de soie phéniquée de Czerny.

L'opération se termina très proprement, car il n'y eut issue d'aucune matière fécale. Pour faciliter la rentrée de l'intestin, on incisa plus largement encore le ligament de Gimbernat ; l'intestin rentra sans peine, et après l'introduction d'un drain on sutura la plaie autant que le permit la perte de substance. Ni fièvre ni douleurs après l'opération ; la plaie se cicatrisa d'abord lentement, puis bientôt plus vite en sécrétant très peu et pas de pus. Au 2e jour, des vents s'échappèrent par l'anus ;

le 4e jour, une selle liquide; le 6e, la première selle normale sortit par la voie naturelle. Le 26 janvier, la malade guérie quitta le lit, pourvue d'un bandage. Sortie le 31 janvier, six semaines après l'opération.

L'auteur signale alors que la malade eut à subir une complication : dix jours après l'opération, il se déclara une parotidite suppurée; cette affection était à ce moment épidémique à Dantzig; elle évolua d'ailleurs normalement sans influer sur la plaie, avec qui elle n'avait sans doute aucune relation.

XV. — 1880. Weinlechner (*Wien. Merve. Wocchensc.*, 1881, n° 3). — Femme de 50 ans; anus contre nature; résection et suture intestinales. Guérison.

XVI. — 1880, 15 juillet. Weiss (in *Mém. de Rydygier*) (1). — Femme de 23 ans; anus contre nature consécutif à une hernie étranglée. Fermeture des bouts de l'intestin au moyen d'une constriction lâche; résection de 2 centimètres de chaque extrémité. Invagination du bout afférent dans l'efférent. Suture de Lembert, à la soie phéniquée très fine; 20 points. Intestin rentré : météorisme. Mort au bout de quatre jours par péritonite par perforation.

XVII. — 1881. 15 février. Rydygier (*Deutsch. Zeisch. Journ. Chirurgie*, XV) (2). — Homme de 46 ans. Anus contre nature consécutif à un traumatisme ayant porté sur la région inguinale droite; compresseurs élastiques de l'auteur. Incision d'une anse mesurant 4 centimètres le long du bord concave, 6 centimètres le long du bord convexe. Division du mésentère entre ligatures; pas de différence de calibre. Suture de Czerny au catgut; 40 points. La partie suturée est rentrée; marche aseptique. Le deuxième jour, gaz par l'anus; selle le huitième jour. Marche troublée par une pneumonie. Guérison. Plus tard bandage.

(1) Obs. communiquée par M. Bouilly.
(2) Obs. communiquée par M. Bouilly.

XVIII. — 1881, mars. Albert (*Wien. Medic. Presse*, 1881, nº 17, 19 ; *Centralb. Journ. Chir.*, 1881, nº 28) (1). — Deux fistules stercorales existant depuis seize ans à la suite de l'ouverture d'un abcès communiquant avec l'intestin. En 1879, on avait fait une opération autoplastique. Une des fistules siège à égale distance entre la symphyse et l'ombilic, un peu à gauche de la ligne blanche, l'autre à droite au-dessous de l'ombilic. Résection d'une portion de 5 centimètres d'intestin et d'un coin de mésentère correspondant. Un pli fut fait sur le bout supérieur. Suture à deux rangées ; sutures intérieures placées à une grande distance les unes des autres et comprenant toute l'épaisseur de l'intestin, faite à la soie. Suture extérieure ne comprenant que la séreuse, faite avec un catgut. On rentre la portion herniée. Le quinzième jour, fistule stercorale suivie peu après de la production d'une seconde ; elles se terminent bientôt par fermeture spontanée. Guérison.

XIX. —1881. 1er avril, Gussenbauer (in *Mém. de Madelung*) (2). — Anus contre nature après hernie étranglée, gangrenée ; quinze jours avant la suture intestinale, la kélotomie avait été pratiquée sur la malade en état de collapsus, et un anus contre nature établi. Résection de 4 centimètres du bout afférent, de 5 centimètres du bout efférent et d'une portion du mésentère. Suture en 8 de chiffres d'après Czerny, avec 14 fils de catgut. Suture de la plaie du mésentère. Guérison.

XX. — 1881, 16 avril. Schinzinger (*Wien. Med. Woch.*, nº 37, 1881) (3). — Femme de 47 ans ; anus contre nature à droite, consécutif à une hernie inguinale étranglée et opérée trois mois auparavant. Grand affaiblissement. Le bout supérieur réuni par un tissu de granulations à la paroi abdominale antérieure et largement dilaté est facile à trouver, tandis que le bout inférieur, perdu dans la fosse iliaque, très rétréci, est difficile à reconnaître. Résection de 3 centimètres du bout supé-

(1) Obs. communiquée par M. Bouilly.
(2) Obs. communiquée par M. Bouilly.
(3) Obs. communiquée par M. Bouilly.

rieur, de 1 centimètre du bout inférieur ; excision d'une portion du mésentère. Suture de Lembert avec 12 fils de soie phéniquée ; suture de la plaie du mésentère avec 4 catguts. Réduction de l'intestin. Mort douze heures après l'opération avec des phénomènes de collapsus. Pas de péritonite. Pas d'épanchement fécal. Matières fécales dans le bout inférieur.

XXI. — 24 mai 1881 (*Madelung*, *Mém.* cité). — Anus contre nature après gangrène et kélotomie d'une hernie inguinale étranglée. Tentative sans succès de cure par une application de l'entérotome de Dupuytren. Laparotomie ; résection d'environ 15 centimètres d'intestin et d'un morceau de mésentère en forme de coin. Double rangée de sutures, l'interne avec 35 fils de soie phéniquée ; l'externe avec 8 plaques de cartilage. Réduction. Au quatrième jour, issue d'une quantité insignifiante de matières par l'anus ; vomissements et météorisme de plus en plus prononcés, pendant que le malade reste apyrétique ; la plaie abdominale s'ouvre ; la portion intestinale suturée se montre à l'extérieur et paraît tout à fait réunie.

Formation d'un anus contre nature par une incision dans le point de la suture dans le sens de la longueur de l'intestin. Mort sept heures plus tard.

La réunion intestinale paraît sur une section tout à fait réussie. A 5 centimètres au-dessous du point où a été faite la suture, s'étend du mésentère à l'orifice inguinal une bride fibreuse solide (datant sans doute du moment de l'étranglement herniaire, qui remonte à 9 mois), qui tient le cylindre intestinal appliqué contre la paroi abdominale et s'oppose absolument au cours des matières. Faible quantité de matières récentes dans le côlon. Péritonite de moyenne intensité.

XXII. — 1881, 10 juin. Schinzinger (*Wien. Med. Wochensch.*, 1881, n° 37) (2). — Femme de 37 ans. Fistule stercorale dans la région inguinale droite produite trois semaines auparavant à la suite d'un pincement d'intestin. Laparotomie. Résection

(1) Obs. communiquée par M. Bouilly.
(2) Obs. communiquée par M. Bouilly.

d'une portion de 6 cent. d'intestin, qui comprend la fistule. Excision d'une partie du mésentère. Suture de l'intestin avec 12 catguts fins ; suture au catgut de la plaie du mésentère. Guérison.

XXIII. — 1881. Novaro (*Giornale dell' Accad. di Med. di Torino*, 1881, n° 12) (1). — Homme de 40 ans. Anus inguinal contre nature. Intestin attiré au dehors, résection de 2 centimètres sur chaque bout. Suture de Czerny au catgut. Occlusion de la plaie avec fixation de l'intestin à son niveau par 3 fils de catgut. Suture de l'orifice anormal, drainage, pansement de Lister. Durée de l'opération : 1 h. 3/4.

Mort le troisième jour avec une forte fièvre et signes de péritonite.

Autopsie. — Pneumonie ; péritonite circonscrite au voisinage de l'opération. Écartement de la suture au niveau du point d'insertion du mésentère. Novaro pense que cet écartement se produisit *post mortem*, et que la mort est due à la pneumonie.

XXIV. — 1882, 30 janvier. G. Bouilly (observation inédite). — Homme de 45 ans. Hernie inguinale droite étranglée, gangrenée, opérée le 7 janvier 1882 (c'est un malade qui a déjà subi l'entérectomie primitive avec entérorrhaphie, suivie d'insuccès et d'anus contre nature). Le malade est très affaibli par l'écoulement incessant de matières intestinales et par les douleurs qui lui ont causées des eschares siégeant sur divers points du corps. Il ne présente pas grande résistance ; mais son affaiblissement étant surtout dû à l'inanition causée par l'anus contre nature, je ne crois pas devoir retarder davantage l'opération. Résection de 3 centimètres sur le bout inférieur, de 1 cent. 1/2 sur le bout supérieur. Désinsertion du mésentère sans excision au niveau des tronçons d'intestin réséqué ; fils de catgut sur les vaisseaux qui donnent du sang. Suture de l'intestin avec 26 fils de catgut fin par le procédé de Lembert. Réduction de l'anse suturée. La journée et la nuit qui

(1) Obs. communiquée par M. Bouilly.

suivirent l'opération furent très bonnes ; dans cette même nuit à 3 heures du matin, selle involontaire par l'anus, liquide, assez abondante. Le lendemain, grande pâleur, faiblesse extrême ; ventre plat, non douloureux. Le surlendemain, la faiblesse s'exagère; facies hippocratique ; dans la nuit deux régurgitations. De temps en temps petit hoquet; pouls très faible et fréquent ; ventre légèrement ballonné et douloureux à la pression au niveau de l'épigastre. Pas de nouvelles selles ni d'émission de gaz par l'anus. Mort la nuit suivante à 3 heures du matin, sans agonie, 63 heures après l'opération.

Autopsie.— Péritonite aiguë généralisée. L'anse sur laquelle a porté l'opération est perdue dans ses adhérences récentes; elle est reconnue à sa couleur plus foncée et à l'intensité plus grande de la péritonite dont elle est le siège. Adhérences péritonéales plus anciennes dans la fosse iliaque droite, datant peut-être de la première opération. Pas d'épanchement stercoral. La continuité de l'intestin est parfaitement rétablie : l'anse à ce niveau a un volume qui ne diffère pas sensiblement des points voisins. La suture est solide et n'a cédé en aucun point ; la réunion est faite non seulement au niveau des séreuses adossées, mais encore au point d'avivement de la muqueuse. Le relief fait par les tuniques rebroussées est très peu considérable. Pour rompre la suture, il faut exercer une traction assez forte. On voit alors les fils de catgut en place, n'ayant pas encore subi de travail de résorption.

XXV. — 1882, 7 février. Rydygier (*Berlin. Klin. Woch.*, n° 38, 1882, p. 577) (1). — Garçon de 14 ans ayant présenté en novembre 1881 des accidents d'étranglement herniaire à droite, présentant en janvier 1882 une hernie inguinale droite du volume de deux poings, une fistule stercorale au niveau de la partie antérieure du scrotum, et une seconde au-dessus du ligament de Poupart.

Le 7 février, première opération; incision cutanée sur la partie scrotale antérieure jusqu'au-dessus de l'arcade de Fallope ; isolement pénible dans le scrotum d'une masse que l'opé-

(1) Obs. communiquée par M. Bouilly.

rateur croit des anses intestinales adhérentes et confondues; formation d'un pédicule qui se rompt tout à coup pendant les recherches de l'intestin à un niveau plus élevé; ligature de ce pédicule et excision des parties sous-jacentes.

Une incision conduite jusqu'au-dessus du ligament de Poupart montre une perte de substance de 1 cent. 5 sur la face convexe d'une anse intestinale adhérente au point de la paroi abdominale où siégeait une des fistules. Rydygier avait l'intention de tenir les deux bouts de l'intestin qu'il avait cru sectionner dans le scrotum, puis de réséquer circulairement les bords de la fistule et de placer des sutures sur cette nouvelle solution de continuité. Mais l'état de collapsus du malade lui fit remettre l'opération à une date plus éloignée. La plaie fut suturée, sauf au niveau de la fistule stercorale supérieure.

L'anse réséquée avait 13 centimètres du côté concave, 27 centimètres du côté convexe. Les suites furent simples. L'anus contre nature se rétrécit peu à peu.

Deuxième opération vers le milieu de mars. Rydygier se proposait de chercher d'abord les bouts de l'intestin réséqué et de les réunir au moyen de points de suture, puis de réséquer la portion d'intestin qui contenait l'anus contre nature et de poser des sutures à ce niveau. Ce projet ne put être mis à exécution ; les bouts de l'anse sectionnée la première fois ne purent être retrouvés, et Rydygier dut se contenter de réséquer l'anus contre nature avec la partie attenante d'intestin, de poser des sutures et de laisser la partie opérée au voisinage de la plaie abdominale. Le bout réséqué mesurait 16 centimètres du côté convexe, 10 centimètres du côté concave. Température au début, 36° 9, normale au bout de quelques jours. Selle 52 heures après l'opération. Guérison.

XXVI. — 1882, 2 mai. Julliard (*Revue médicale de la Suisse romande*, n° 8, 15 août 1882). — Femme de 63 ans. Il y a deux ans et demi, à la suite d'un effort, cette femme éprouva une vive douleur dans l'aine gauche; il s'y développa une petite hernie qui s'étrangla immédiatement, s'ouvrit spontanément au bout de 15 jours Six semaines après, M. Weissenbach

tenta de guérir l'anus contre nature formé par une autoplastie : cette opération n'ayant pas réussi, il employa une suture de l'orifice en cordon de bourse qui échoua également.

Le 24 avril 1882, on constate dans l'aine gauche au niveau du ligament de Poupart un anus contre nature qui permet à peine l'introduction du petit doigt. Autour de l'orifice, la peau est ulcérée, d'un rouge violacé, épaissie, indurée et calleuse. La malade rend de temps en temps, rarement, quelques matières par le rectum. Du reste la malade se porte bien : état général excellent.

Opération. — Le 2 mai. J'administre une bouteille d'eau de Sedlitz ; la malade est mise à la diète complète ; elle ne prend que de l'eau. Des matières sortent en grande abondance par l'orifice anormal : par le rectum il ne sort que quelques gaz, mais pas de matières.

Le 3 mai. Seconde bouteille d'eau de Sedlitz et continuation de la diète. Matières liquides bilieuses par l'orifice anormal ; rien ne sort par le rectum.

Le 4 mai. Après un grand bain, la malade est endormie avec l'éther. Au niveau de l'anus contre nature se trouve une petite quantité d'un liquide bilieux que j'enlève avec une éponge. — Incision des parois abdominales, longue de quinze centimètres, qui vient tomber en bas sur l'orifice anormal. J'incise couche par couche ; par l'extrémité supérieure de mon incision je pénètre dans la cavité abdominale, et j'arrive de haut en bas sur l'orifice anormal. Au pourtour de cet orifice, l'intestin adhère aux parois ; après avoir détaché ces adhérences ainsi que l'infundibulum, j'attire l'intestin au dehors. L'infundibulum a une longueur de trois centimètres et demi ; le bout inférieur et le bout supérieur n'adhèrent pas entre eux ; l'éperon est faiblement indiqué. Après avoir lié le mésentère par un catgut placé un peu au-dessus du point où je voulais faire la résection, je réséquai trois centimètres et demi du bout supérieur, et deux du bout inférieur, ainsi que la partie correspondante du mésentère. Quoiqu'on n'exerce aucune compression sur l'intestin, ni avec les doigts, ni au moyen d'une pince ou d'une ligature quelconque, il ne sort absolument rien, ni par le bout inférieur, ni par le bout supérieur, qui sont tout à

fait vides. Le bout inférieur est très étroit, et permet difficilement l'introduction d'une sonde uréthrale n° 18 : le bout supérieur est environ d'un tiers plus grand. Dans ces conditions, la suture de Jobert est impossible. Je fais alors la suture de Lembert : je place une première rangée de quatorze catguts fins ; puis une seconde rangée de huit catguts comme soutien. Je réduis l'anse réséquée dans la cavité abdominale ; suture du péritoine avec quatre catguts, et enfin suture de la peau, toujours avec du catgut. En somme, vingt-deux sutures sur l'intestin, une sur le mésentère, quatre sur le péritoine : en tout vingt-sept catguts qui ont été enfermés dans la cavité abdominale. Pansement antiseptique. L'opération a duré une heure quarante minutes.

Les suites de cette opération ont été des plus simples. A part deux vomissements dus à l'éther, mon opérée n'a jamais éprouvé le moindre malaise. Dès le lendemain elle a rendu des vents par l'anus. Le cinquième jour j'ai enlevé les sutures et j'ai commencé à alimenter la malade, qui jusqu'alors avait toujours été maintenue à une diète absolue. Le huitième jour elle a eu sa première garde-robe, et à partir de ce moment les selles ont toujours été régulières. La plaie s'est réunie par première intention ; le thermomètre n'est jamais monté au-dessus de 37°,5.

XXVII. — 1882, 8 mai. Julliard (*Revue médicale de la Suisse romande*, n° 8, 15 août 1882). — Second cas. Homme de 40 ans, affecté depuis son enfance d'une hernie inguinale gauche. Il y a deux mois, à la suite d'un effort, la hernie s'étrangle. Après cinq jours d'étranglement, M. le Dr Julliard, de Châtillon de Michaille, pratique la kélotomie ; il trouve l'intestin gangrené et perforé en plusieurs endroits ; épanchement des matières stercorales dans le sac ; le testicule est aussi gangrené. Résection de vingt-cinq centimètres d'intestin gangrené ; ablation du testicule ; établissement d'un anus contre nature qui ne s'est pas fermé depuis lors.

Le malade entre à l'hôpital le 29 avril 1882. On constate dans l'aine gauche un anus contre nature, qui permet l'introduction de l'indicateur : la muqueuse intestinale fait forte-

ment saillie sous forme de bourrelet. Le contenu de l'intestin sort en abondance par l'orifice normal; depuis la formation de l'anus contre nature, il n'est jamais rien sorti par le rectum; le bout inférieur ne fonctionne plus du tout. En introduisant le doigt dans l'orifice, on ne sent point d'éperon; il est impossible de trouver le bout inférieur. La peau qui avoisine l'orifice est rouge et ulcérée. Quoique l'anus contre nature ne date que de deux mois et demi, le malade est amaigri et notablement affaibli par l'abondante déperdition de matières qui se fait continuellement par l'orifice.

Opération. Le 6 mai 1882, j'administre une bouteille d'eau de Sedlitz, et le malade est mis à la diète complète: il ne prend que de l'eau. Une grande quantité de matières fécales sort par l'orifice anormal; rien ne sort par le rectum.

Le 7. Seconde bouteille d'eau de Sedlitz et continuation de la diète. Matières intestinales bilieuses abondantes par l'anus contre nature; rien ne sort par le rectum.

Le 8. Après un grand bain le malade est éthérisé. Autour de l'anus contre nature je trouve une très petite quantité d'un liquide bilieux que j'enlève avec une éponge. Incision des parois abdominales, longue de 17 centimètres, qui vient tomber en bas, sur l'orifice anormal.

J'incise couche par couche; par l'extrémité supérieure de mon incision, je pénètre dans la cavité abdominale, et j'arrive de haut en bas sur l'orifice anormal. L'épiploon est adhérent à l'anse intestinale qui forme cet orifice. Je détache ces adhérences et celles de l'anus avec les parois abdominales, avec les doigts, le bistouri et les ciseaux, en liant à mesure les petits vaisseaux sectionnés. Pour tout cela, n'ayant pas assez de jour, je suis obligé d'agrandir mon incision par en haut.— L'intestin étant détaché, je l'attire au dehors; je reconnais alors que le bout supérieur formait à lui seul l'orifice anormal. Le mésentère présentait une grande perte de substance, comme une déchirure, et ce ne fut pas sans peine que je trouvai enfin le bout inférieur, libre et flottant dans la cavité abdominale; il était en forme de doigt de gant, presque complètement oblitéré et présentait à son extrémité un petit orifice à peine gros comme une tête d'épingle. — Après avoir lié le mésentère avec

un catgut placé un peu au-dessus du point où je voulais faire la résection, je réséquai 7 centimètres du bout supérieur et 3 centimètres du bout inférieur, ainsi que la partie correspondante du mésentère. Ici encore, quoiqu'on n'exerce aucune compression sur l'intestin, ni avec les doigts, ni au moyen d'une pince ou d'une ligature quelconque, il ne sort absolument rien, ni par le bout supérieur, ni par le bout inférieur, qui sont tout à fait vides. Le bout inférieur était cette fois encore trop étroit pour permettre la suture de Jobert. Je fis alors la suture de Lembert ; je plaçai une première rangée de 8 catguts fins, puis une seconde de 15 catguts; je plaçai ensuite 15 catguts sur le mésentère, pour réunir la perte de substance. Je remis l'anus réséqué dans la cavité abdominale. Suture profonde du péritoine avec 4 catguts; suture de la peau au catgut. En somme 23 sutures sur l'intestin, 15 sur le mésentère, 4 sur le péritoine; en tout, 42 catguts qui furent enfermés dans l'abdomen. — Pansement antiseptique. — L'opération a duré une heure trente-cinq minutes.

Les suites de l'opération ont été des plus simples. Pas un seul vomissement et point de malaises. La plaie s'est réunie par première intention, et le thermomètre n'a jamais dépassé 37°. Le cinquième jour seulement le malade a rendu des gaz par l'anus. Le septième jour je commence l'alimentation ; jusqu'à ce moment le malade a été maintenu à une diète absolue; mais, en raison de son état de faiblesse, je lui ai donné du vin de Bordeaux. Le soir, une petite garde-robe par l'anus. Le neuvième jour, selle abondante et spontanée; à partir de ce moment, les garde-robes ont été régulières.

XXVIII. — 1882. Weinlechner (*Wien. Med. Blatter*, 1882, n° 12 et 13, cité dans *Centralblatt*, 1882, sans détails) (1).—Résection de 40 centimètres d'intestin grêle pour une hernie gangrenée; pas de suture intestinale; formation d'un anus contre nature. Plus tard, résection secondaire; suture de l'intestin ; guérison par première intention.

(1) Obs. communiquée par M. Bouilly.

XXIX. — 1882. Tauber (XIe Congrès des chirurgiens allemands. Comptes rendus in Supplement au *Centralblatt f. chir.*, 1882, p. 60) (1). — Anus contre nature, existant depuis sept mois. Tauber résèque 32 centimètres d'intestin. Mort le troisième jour avec des symptômes de péritonite. L'examen montra au niveau du point de section du bout supérieur la formation d'un pli important, qui ne permettait le passage que d'un petit crayon.

Je pars maintenant de ces ving-neuf observations, telles qu'elles m'ont été communiquées par M. Bouilly, ou traduites par des amis, pour apprécier l'opération de l'entérorrhaphie circulaire. Il est à regretter que les détails ne soient pas toujours assez précis et assez complets pour que chaque fait puisse être soumis à une rigoureuse analyse et pour que chaque observation serve à juger des divers points relatifs à la question.

Ce travail de dépouillement comporte une analyse attentive des conditions dans lesquelles ces opérations ont été pratiquées, des détails relatifs aux actes opératoires, et enfin des résultats obtenus; d'autre part, nous devons en tirer des conclusions relatives à leurs indications, aux moyens de les pratiquer et à leur valeur comparée à celle des autres méthodes de traitement.

Je diviserai cette étude en trois paragraphes :

1° Des conditions dans lesquelles l'entérectomie secondaire a été pratiquée;

(1) Obs. communiquée par M. Bouilly.

2° Des résultats obtenus à la suite de cette opération;

3° Des moyens de la pratiquer;

§ 1. — *Des conditions dans lesquelles l'entérectomie secondaire a été pratiquée.*

Elle a été pratiquée dans deux séries de cas : 1° pour des anus contre nature ; 2° pour des fistules stercorales. Il ne faut pas, pour établir la distinction, s'en rapporter uniquement aux titres des observations. L'expression de fistule stercorale est employée aussi souvent à l'étranger comme terme générique que pour désigner la variété d'ouverture intestinale n'occupant qu'une partie de la paroi. Cependant, un certain nombre de cas, quatre ou cinq, paraissent se rapporter à des fistules stercorales, dans le sens où nous les comprenons dans ce travail.

Quels sont donc les motifs qui ont conduit le chirurgien à pratiquer une résection d'une portion quelquefois fort longue du tube intestinal, alors qu'une partie seulement de son contour était intéressé?

Dans l'observation VI, Esmark fut amené à réséquer 5 centimètres d'intestin, pour une simple fistule siégeant sur une hernie scrotale, parce que, après la libération de la fistule, il avait trouvé le bout efférent diminué de calibre, au point d'admettre à peine l'extrémité du petit doigt.

Dans l'observation IX de Schede, les détails de l'ob-

servation sont bien incomplets ; il n'y avait pas d'éperon évident et la plus grande quantité des matières passait par les voies naturelles. On ne dit rien de la disposition et de l'étendue de l'orifice anormal.

Dans l'observation XV, il y avait deux fistules consécutives à un abcès : Albert réséqua avec succès 5 centimètres d'intestin.

Dans le cas de Rydygier (obs. XXV), c'est par suite d'un accident opératoire, d'une rupture de l'intestin, que le chirurgien fut amené à pratiquer la résection de 27 centimètres d'intestin pour une double fistule.

Tous les autres cas, à l'exception peut-être de celui de Schinzinger (obs. XXII), où il est dit que 6 cent. 1/2 d'intestin furent réséqués pour une fistule stercorale consécutive à un pincement d'intestin, sont de véritables anus contre nature.

Parmi ces derniers, deux étaient d'origine traumatique : l'un consécutif à un coup de feu (obs. I), l'autre de cause non indiquée (obs. XVII). Les autres reconnaissaient pour causes des étranglements herniaires suivis de gangrène. Dans un cas (obs. IV), une ulcération partie de la peau avait gagné l'intestin irréductible d'une hernie ombilicale. Deux fois la cause de l'anus n'est pas indiquée.

Sur les 29 opérations, 13 sont signalées comme ayant été pratiquées à propos d'hernies inguinales ou inguino-scrotales, 4 pour des hernies crurales, 3 pour des hernies ombilicales. Dans 4 cas, le siège de la hernie n'est pas indiqué. Dans 2 cas, il n'est fait mention d'aucune particularité relative au siège et à la

cause de l'anus. Dans les 2 cas traumatiques, il siégeait une fois dans la région inguinale ; dans l'autre, il est dit simplement que la balle avait pénétré au-dessous de l'épine iliaque antérieure et supérieure, et était sortie au-dessous de l'ombilic. Dans 1 cas, l'anus contre nature siégeait sur le côlon descendant : était-ce dans la région lombaire?

Les raisons qui ont décidé à intervenir par l'*entérectomie* peuvent se diviser en deux catégories. Tantôt c'est de propos délibéré, de préférence à une méthode ancienne, que les opérateurs y ont eu recours. Tantôt ils ont été guidés par une indication particulière.

Dans l'observation III, Schede ne pouvant atteindre avec le doigt ou la sonde le bout supérieur, crut devoir recourir à la laparotomie.

Dans l'observation IV, une large ulcération de la peau avec amincissement, la forme labiée de l'anus avec prolapsus de l'intestin dans une hernie ombilicale, décidèrent le même chirurgien à pratiquer la résection de l'intestin ; il fit l'entérectomie dans sa troisième opération (obs. IX) après échec des cautérisations et d'une tentative de restauration plastique : de plus il n'y avait pas d'éperon. Schede dit lui-même que, dans les trois faits qui lui sont personnels, l'instrument de Dupuytren ne pouvait avoir aucune prise.

Dittel (obs. V) crut devoir faire l'opération radicale plutôt que l'entérotomie, parce que la cloison qui séparait les deux bouts constituait un pont et non un simple éperon : raison qui nous paraît peu acceptable.

Il est vrai qu'il invoque en même temps le mauvais état de la peau.

Billroth (obs. VII) fut décidé par l'impossibilité de trouver le bout supérieur dans l'observation VIII, par la nécessité d'une prompte intervention chez un malade qui s'affaiblissait rapidement. Il en est de même de l'observation XXIV de M. Bouilly.

Dans 3 cas (obs. XIV, XX, XXVII), l'entreprise était rendue nécessaire par l'impossibilité de trouver le bout inférieur ou par son oblitération à peu près complète.

Dans l'observation XXI, une application de l'entérotome de Dupuytren n'avait pas donné de résultat.

Julliard, dans sa première opération (obs. XXVI), s'adressait à un anus contre nature pour lequel on avait fait deux tentatives d'autoplastie.

Ainsi, état de la peau paraissant peu favorable à l'autoplastie, dispositions anatomiques n'autorisant pas l'emploi de l'entérotome (absence d'éperon, impossibilité de trouver l'un des bouts), urgence de l'opération, échecs des procédés autoplastiques ou de la section de l'éperon, tels sont les motifs qui, dans quelques cas, ont entraîné les chirurgiens à pratiquer l'entérectomie secondaire qui, dans d'autres cas, a été faite de propos délibéré et de préférence à toute autre opération.

Le moment de l'intervention, dans les cas où il est indiqué, est très variable ; plusieurs années ou plusieurs mois s'étaient écoulés depuis l'établissement de l'ouverture anormale : jamais moins de trois mois.

20 fois le sexe est indiqué: 9 hommes et 11 femmes.

L'âge est mentionné dans 18 observations : un garçon de 16 ans, 6 hommes entre 30 et 46 ans, 11 femmes entre 23 et 63 ans.

Relativement à l'état général du sujet, les renseignements sont presque toujours nuls ou insuffisants : ils manquent surtout dans les cas terminés par la mort, où il serait si important de les posséder.

Il n'est jamais fait mention de maladies constitutionnelles. Chez la malade de l'observation XX, qui mourut dans le collapsus, il est dit que la malade était très affaiblie : il en était de même chez l'opéré de M. Bouilly.

Par contre, des malades débilités par l'écoulement des matières alimentaires se sont rapidement relevés à la suite de l'opération.

§ 2. — *Des résultats fournis par l'entérorrhaphie circulaire.*

Ils se traduisent par ce résultat brut. Sur 29 opérés, 11 morts, 18 guérisons.

Nous avons à examiner : 1° les causes de la mort; 2° les particularités relatives à la marche vers la guérison.

Causes de la mort. — Sur les 11 morts, 2, au dire des opérateurs, ne sauraient être imputées à l'opération.

Dans l'observation IV, la malade paraissait à l'abri de tout accident lorsqu'elle mourut le quatrième jour d'une embolie pulmonaire consécutive à une ancienne phlébite de la veine crurale. L'autopsie montra en même temps que tout allait bien du côté du champ opératoire : il n'y avait pas de péritonite et la réunion des bouts de l'intestin était déjà effectuée.

Le malade de l'observation XXIII mourut le troisième jour. A l'autopsie on trouva une pneumonie : le chirurgien lui attribue la mort. Du côté de l'intestin, il n'y avait que de la péritonite circonscrite. La suture était bien écartée au niveau du mésentère ; mais comme il n'y avait pas d'épanchement, Novaro pensa que cet écartement s'était produit *post mortem*.

Restent 9 morts qui se répartissent ainsi :

5 cas par péritonite, 4 fois à la suite d'une perforation, 1 fois sans perforation.

3 cas par obstruction intestinale.

1 cas par collapsus.

Le malade mort de péritonite sans perforation est l'opéré de M. Bouilly (obs. XXIV) qui avait déjà subi sans succès une opération d'entérectomie primitive : il était très affaibli par l'inanition, et l'indication paraissait urgente de rétablir la continuité du canal. L'autopsie montra une péritonite généralisée : la suture était solide et le calibre de l'intestin satisfaisant.

Deux fois (obs. VI et XI) la péritonite succéda à un épanchement stercoral par une perforation située au niveau du mésentère. Dans le premier cas il n'est

pas donné de détail sur la suture : l'intestin avait été réduit.

Esmarch dans la communication qu'il fit de ce cas au Congrès des chirurgiens exprima le regret de n'avoir pas, à l'exemple de Schede, retenu l'intestin hors du ventre après l'entérorrhaphie. Dans le deuxième, la suture avait lâché près du mésentère : Bardenhener avait fait une suture en étage.

Deux fois (obs. II et XVI) le siège de la perforation n'est pas indiqué. Dans le premier cas il est indiqué que l'intestin n'avait pas été réduit ; dans le deuxième l'intestin avait été invaginé et l'invagination maintenue avec un fil de soie par la suture de Lembert.

Dans un cas (obs. XX) la mort survint par collapsus chez une femme très affaiblie, douze heures après l'opération dont la durée n'est point indiquée.

Trois fois les malades moururent à la suite d'obstruction intestinale (obs. XII, XXIX, XXI).

Dans le premier cas, le jour après l'opération survinrent des phénomènes d'iléus ; le troisième jour on réouvrit l'intestin et le malade mourut le lendemain. Pas de détails sur l'autopsie.

Dans le deuxième, il est dit qu'on trouva à l'autopsie au niveau du point de section du bout supérieur un pli important qui ne permettait que le passage d'un petit crayon ; enfin, dans le troisième, la mort doit être attribuée à une particularité anatomique curieuse qu'il eût été difficile de prévoir. Elle survint après des signes d'obstruction.

A l'autopsie on trouva une bride qui unissait le mésentère au canal inguinal ; cette bride de date ancienne étranglait ce qui avant l'opération était le bout inférieur, et depuis faisait partie de la continuité du tube intestinal. Il est juste d'ajouter que cette disposition anatomique aurait été un obstacle à la guérison par toute autre méthode opératoire ; mais avec les anciennes méthodes, si elle eût entravé la guérison, elle n'aurait pas amené une issue fatale.

Sur ces trois morts, il est à remarquer qu'on ne trouve pas une seule opération pour anus de la région crurale, bien que quatre fois au moins elle ait été pratiquée dans cette région.

Nous résumerons dans le tableau suivant les causes de la mort.

Morts non imputables à l'opération.. 2	Par embolie pulmonaire		1	2
	Par pneumonie		1	
Morts imputables à l'opération.... 6	Par péritonite.	Sans perforation	1	5
		Par perforation.. Mésentérique.	2	
		Par perforation.. Siège non indiqué	2	
	Par collapsus			1
	Par obstruction intestinale	Cause inconnue	1	3
		Pli au niveau de la section.	1	
		Bride comprimant le bout inférieur	1	
			TOTAL	11

Quels enseignements peut-on tirer de ce tableau de mortalité ?

Le premier est que sur les neuf morts attribuables à l'opération, cinq auraient pu être évitées si les temps

de l'opération avaient été éxécutés avec plus de perfection. Il est à supposer que dans les quatre cas de péritonite par perforation, une suture plus soignée aurait prévenu l'épanchement de matière stercorale. Dans le cas où existait un pli au niveau de la section, une coaptation mieux faite des deux bouts de l'intestin aurait évité l'obstruction du canal intestinal. Certes on ne doit pas à la légère incriminer les chirurgiens qui ont pratiqué ces opérations. Je veux dire qu'il s'agit là de manœuvres dans l'exercice desquelles il est après tout possible de se perfectionner.

Le cas où la mort est survenue par bride comprimant le bout inférieur nous apprend qu'il serait utile de se renseigner avant ou pendant l'opération de la perméabilité de cette portion de l'intestin. Peut-être aussi un examen plus attentif de la région aurait permis après ouverture du ventre d'apercevoir la bride ancienne qui comprimait le bout inférieur.

Les deux observations de mort par collapsus ou par obstruction de cause inconnue sont trop incomplètes pour qu'on en tire aucune conclusion utile.

Reste le cas de M. Bouilly, où la cause de la mort fut une péritonite généralisée dont nous ne trouvons pas l'explication. Peut-être faut-il incriminer une faute dans l'application de la méthode antiseptique.

De ces faits, nous concluons que si l'entérectomie secondaire est une opération grave, ses dangers tiennent en partie aux difficultés inhérentes à l'acte opératoire et que l'*alea*, je veux dire l'ensemble des causes que le chirurgien ne peut analyser et, par

suite, éviter, joue un petit rôle dans la mortalité de cette opération.

Particularités relatives à la marche vers la guérison. — Elle est notée dans 18 observations.

Une seule fois, la guérison resta imparfaite ; il se forma une fistule stercorale (obs. I) qui exigea une intervention ultérieure ; le résultat définitif n'est pas connu.

Dans les 17 autres cas, elle fut complète et s'établit sans accidents graves, locaux ou généraux.

On signale dans 3 observations (obs. III, V, XVIII), la formation d'une fistulette stercorale, une fois le passage de gaz à travers les sutures (obs. 5) ; mais la fermeture s'effectua d'elle-même au bout de peu de jours et il n'en résulta aucun inconvénient pour le malade.

Dans tous les cas où l'observation nous renseigne sur les suites de l'opération et sur l'époque de la guérison définitive, on est frappé de la simplicité de la marche.

L'absence de fièvre et de douleur est la règle : une seule fois on signale une élévation de température à 38°,5. Jamais de symptômes de péritonite même localisée.

Une fois, on signale l'existence d'éructations, d'un peu de ballonnement, mais sans douleur du ventre.

On note deux fois l'existence de vomissements le jour et le lendemain de l'opération ; on les attribua d'une

façon très plausible à l'anesthésie, qui avait été de longue durée.

Parfois les malades arrivent à la guérison sans éprouver le moindre malaise.

Même quand une vaste perte de substance de la peau s'était opposée à la réunion des bords de la plaie cutanée, la réparation se fit avec une rapidité remarquable. D'autres fois, la suture de la peau a cédé sur quelques points, la cicatrisation n'en a pas moins été complète au bout de quatre à six semaines. Dans les deux cas de Julliard, dans celui de Weinleckner, la réunion a eu lieu par première intention.

Le rétablissement du cours des matières, retardé par le régime et l'opium, s'effectue habituellement du troisième au neuvième jour ; les gaz sont plus précoces et précèdent l'issue de matières molles ou solides. C'est après le neuvième jour que les selles commencent à devenir régulières.

Que la réunion soit précoce, c'est ce que démontrent les autopsies pratiquées dans le cas de mort accidentelle ou à la suite d'une complication.

Dans l'observation de M. Bouilly, la suture résistait aux tractions, le malade étant mort soixante-trois heures après l'opération.

Quant aux suites éloignées, rien n'indique qu'il y ait quelque chose à craindre de ce côté. Des malades ont été revus plusieurs semaines, plusieurs mois après l'intervention. Jamais ils n'ont éprouvé de coliques, ni de symptômes accusant des menaces de rétrécissement ultérieur de l'intestin. La seule pré-

caution qu'on impose aux malades est de soutenir la région avec un bandage herniaire.

En somme, il est incontestable que lorsque la guérison a lieu, elle est simple, rapide, exempte de douleurs et d'accidents. Tout se passe comme dans certaines ovariotomies, à la suite desquelles les malades sont plus rapidement sur pied que si on les avait opérées d'un ongle incarné et ne s'aperçoivent de l'intervention chirurgicale, réputée si grave, qu'aux pansements, aux soins minutieux dont on les entoure, au séjour au lit qu'on leur impose et aussi à la disparition de leur maladie. Même genre d'intervention, mêmes dangers à la suite de l'entérectomie comme de l'ovariotomie : ou la mort rapide, ou la guérison prompte, radicale.

§ 3. — *Opération de l'entérorrhaphie circulaire.*

Précautions préliminaires. — Soutenir le malade, vider, laver et immobiliser l'intestin, rendre aseptique le champ opératoire, telle est la triple indication préliminaire à remplir. Une bonne alimentation, les lavements nutritifs répondent à la première indication ; on a recommandé les injections de peptone, soit par le bout inférieur, soit par le rectum, s'il s'agit d'un malade affaibli.

On videra l'intestin par la diète et les purgatifs. Thiersch avait mis son malade à la diète dix jours à l'avance, ou du moins il ne lui fit prendre pendant ce

temps que du lait, un potage et deux œufs par jour. Deux jours avant l'opération et la veille, on administrera un purgatif. Rydygier insiste sur l'évacuation préalable du tube digestif. Il s'appuie sur l'expérimentation : les suites de l'entérectomie sont moins simples chez les animaux auxquels on a donné de la nourriture peu avant l'opération.

La veille de l'opération, on lavera l'intestin par des injections d'eau, on videra le bout inférieur par des lavements administrés par le rectum et l'orifice anormal du bout inférieur. Le soir du même jour, on administrera de l'opium afin d'immobiliser l'intestin. Pour assurer l'asepsie de la région, on commencera par traiter les eczémas, les poussées érysipélateuses si fréquentes au pourtour des anus contre nature. Quelques jours avant l'intervention, on tiendra constamment appliquées sur la région des compresses phéniquées ; enfin, on fera prendre de grands bains au malade pendant les jours qui précèdent l'intervention.

Opération. — La région sera soigneusement lavée avec une solution antiseptique. Quelques auteurs redoutent l'intoxication phéniquée et emploient les préparations thymiques (Billroth) ou salycyliques. Cependant, un grand nombre d'opérations ont été faites avec l'acide phénique et pansées avec la gaze de Lister. Le mucus intestinal sera soignement exprimé et les deux bouts de l'intestin essuyés avec une

éponge. Ces précautions prises, on procédera à l'opération, à laquelle on peut décrire quatre temps :

1° Incision permettant d'arriver à l'intestin et libération de cet intestin ;

2° Excision ou résection des bouts de l'intestin, — du mésentère ;

3° Entérorrhaphie circulaire, suture du mésentère ;

4° Réduction et suture de la plaie exterieure.

Premier temps. — Il comprend l'incision faite pour arriver sur l'intestin et la libération de ce dernier.

Avant de procéder à l'incision, on aura soin, si la peau du pourtour de l'anus est décollée ou amincie, de l'exciser ; s'il existe des fongosités, d'en opérer le raclage, en un mot, de créer une plaie fraîche suivant les indications de la méthode antiseptique. Alors commence l'opération proprement dite.

Je ne l'ai jamais vu pratiquer et n'en ai pas lu de description méthodique, mais d'après ce qui est rapporté dans les observations, je crois pouvoir la décrire de la façon suivante :

L'incision cutanée, qui permet d'arriver sur l'intestin pour le libérer de ses adhérences, peut se faire de deux façons. Tantôt on commence au-dessus de l'orifice fistuleux une incision remontant plus ou moins haut et intéressant toute l'épaisseur de la paroi abdominale jusqu'à ce qu'on ait ouvert la cavité péritonéale. Alors on pratique la libération de l'anse de haut en bas, ou plutôt de la périphérie des adhérences vers leur centre représenté par l'orifice fistuleux. L'intestin disséqué

est tiré hors du ventre ; on opère successivement la libération des deux bouts. C'est la pratique qu'a suivie Julliard dans ses deux opérations et qui convient surtout aux cas d'anus contre nature de la région crurale (obs. XXVI, XXVII, III).

Tantôt on fait autour de la fistule une incision ovale, circulaire, qui circonscrit l'orifice et laisse l'intestin adhérent à la peau au pourtour de l'orifice, et l'on part de ce point comme d'un centre pour opérer la dissection ; pour pouvoir compléter cette dernière, on ajoute à cette incision circulaire une incision verticale supérieure, s'il s'agit de la région crurale, une double incision verticale, l'une supérieure, l'autre inférieure, s'il s'agit de la région ombilicale, une double incision de même nature, mais plus ou moins parallèle à l'arcade, s'il s'agit d'une hernie inguinale. On peut être guidé dans la direction de cette incision par une cicatrice (obs. V).

On comprend à la rigueur que, si on opère dans la région crurale ou scrotale, on puisse, en cas d'adhérences peu étendues, après les avoir détruites, tirer les deux bouts au dehors du ventre sans ouvrir la cavité abdominale, sans laparotomie, et pratiquer les autres temps de l'opération en dehors de cette cavité, faire en un mot l'entérectomie *extra-abdominale*. On rencontrera peut-être des difficultés à réduire l'anse restaurée : plutôt que de lui faire subir une violence, il sera bon de faire une incision qui lui permette de rentrer son effort de réduction.

Non-seulement il faut séparer les adhérences de

l'anse avec le péritoine pariétal, mais encore celles des deux anses entre elles, quelquefois des adhérences épiploïques (obs. XXVII). Cette direction n'a jamais été signalée comme donnant d'hémorrhagie sérieuse : on arrête l'écoulement sanguin par la compresse provisoire, l'application de pinces, des ligatures ou catgut.

Quand on a procédé par le premier mode, qui consiste à ouvrir la cavité péritonéale pour dégager ensuite les adhérences de la périphérie à l'anus anormal, on peut lier l'intestin quand on l'a libéré jusqu'au voisinage de l'orifice cutané avant de le dégager complètement.

Pour détacher les adhérences, on se sert des doigts, du bistouri, des ciseaux.

Quand les bouts s'ouvrent dans une cavité purulente, il faut avoir soin d'en nettoyer, racler et désinfecter les parois.

Dès qu'un des bouts de l'intestin a été isolé, la question se pose de savoir quelle conduite on doit tenir à son égard.

Julliard estime que, si on a pris la précaution de vider l'intestin préalablement, il est inutile d'avoir recours à aucune manœuvre spéciale. Pour lui, tous ces moyens employés encombrent le champ opératoire. Dans ses deux opérations, rien ne s'est écoulé, bien qu'il n'eût exercé aucune compression.

Tel n'est pas l'avis de la plupart des chirurgiens allemands qui ont recours, soit à la ligature, soit à la compression par les doigts d'un aide, soit à la compres-

sion par un instrument spécial. L'inconvénient du doigt des aides serait de tenir beaucoup de place; de plus, la fatigue est rapide. La ligature peut blesser l'intestin; en agissant circulairement, elle le plisse, ce qui gêne l'application de la suture. Billoth et Gussenbaueer ont recours à la compression digitale; Schede et Jaffé à la striction par une ligature au catgut modérément serré. Thiersch se servit de pinces à polypes dont les branches furent garnies de caoutchouc vulcanisé; Baum d'une pince fermée par une crémaillère pendant les dissections, des doigts d'un aide pendant les sutures.

Rydygier a imaginé des compresseurs élastiques pour la résection du pylore, qui peuvent être utilisés pour l'entérectomie. La compression a l'avantage de s'opposer, dans une certaine mesure, à l'hémorrhagie (Rydygier). Les compresseurs de Rydygier consistent en deux plaques de fer entourées de caoutchouc désinfecté; on réunit leurs extrémités par des fils gommés. Ces plaques ont, sur les pinces, l'avantage d'exercer une compression uniforme, tandis que toutes les pinces exercent une compression inégale plus forte vers leur articulation, si bien qu'en ce point, on peut avoir une gangrène, alors que la compression en des points opposés est insuffisante. De plus, les compresseurs à mors plats accolent les deux parois et facilitent la suture ultérieure. Ils sont supérieurs à la compression digitale, parce qu'ils restent immobiles et maintiennent exactement l'intestin en place, tandis que les doigts des aides bougent. Les compresseurs

plats, agissant sur une large surface, permettent d'éviter les troubles de nutrition que peut occasionner le fil constricteur (Rydygier).

J'ai exposé les diverses raisons alléguées en faveur de tel ou tel procédé. Il me semble qu'on pourra se contenter du doigt des aides qui, s'ils occupent de la place, peuvent être utiles en présentant à propos les points sur lesquels doit porter la suture.

2e *temps*. — Excision ou résection de l'intestin et du mésentère.

Dans ce temps de l'opération, qui s'exécute au ciseau et au bistouri, on n'a pas en vue la création de surfaces saignantes. On sait en effet que la suture doit affronter des surfaces séreuses. La section de l'intestin a un double but tout différent : 1° emporter les tissus altérés par l'inflammation et impropres à la réunion ; 2° placer les deux bouts dans des conditions qui permettent leur exacte coaptation. Wittelshœfer a signalé ce fait, à savoir que, non seulement les deux extrémités étaient parfois le siège d'un travail ulcératif, mais encore qu'à la suite il survenait au voisinage un épaississement cicatriciel des parois, ne permettant pas de compter sur leur adhésion. Il suffit quelquefois d'exciser les deux bouts ; dans d'autres cas, une véritable résection est nécessaire. On a enlevé de 1 à 25 centimètres d'intestin. Le rétrécissement de l'extrémité du bout inférieur nécessite parfois une longue résection. Inciser en tissu sain et de façon à permettre

le rapprochement facile des deux bouts, telle est la double indication à remplir. Après la résection, la muqueuse intestinale, dit Rydygier, dépasse souvent, et il faut la couper pour la mettre de niveau. Il faut aussi faire l'excision d'un segment triangulaire du mésentère. Madelung a insisté sur ce point, qu'on doit enlever toute la portion de mésentère qui correspond à l'intestin malade, qui est elle-même altérée et peut compromettre la réunion. Cette résection empêche aussi le plissement qui résulterait pour le mésentère du rapprochement des deux bouts d'intestin.

Quelques chirurgiens coupent l'intestin avant le mésentère; d'autres le mésentère avant l'intestin. La première façon de procéder a cet avantage, qu'on voit mieux ce qu'il faut enlever de mésentère. La deuxième est préférable en ce que, pratiquée avant l'ouverture de l'intestin, elle se fait en dehors de tout danger d'épanchement stercoral et permet, lorsque plus tard on sectionne l'intestin, de l'éloigner immédiatement du champ opératoire (Rydygier). On coupe le mésentère ou sans ligature ou après ligature. Dans le premier cas, on lie les vaisseaux au fur et à mesure; par le deuxième procédé, on évite l'hémorrhagie, mais il faut plus de temps.

Il faut avoir soin d'éviter tout décollement du mésentère d'une portion d'intestin qui doit être conservée, sous peine de s'exposer à la gangrène.

L'entérectomie achevée, on passe à la suture.

3e *temps*. — Entérorrhaphie circulaire et suture du mésentère.

Avant de procéder à la suture, on examinera si les deux bouts sont ou non de dimensions égales. Il arrive parfois, surtout si l'anus est ancien, que le bout inférieur est de moindre calibre.

Ce rétrécissement du bout inférieur est un obstacle à la suture de Jobert, dans laquelle on invagine le bout supérieur dans l'inférieur : il est une gêne dans l'application des autres procédés de suture. On a divers moyens d'y remédier, dont quelques uns analogues à ceux qui ont été proposés pour corriger l'inégalité des bouts dans la résection du pylore.

Quand la différence est peu considérable, on arrive à la correction sans manœuvre spéciale en *trichant :* c'est ce qui fit Baum (obs. XIV). Il en résulta un plissement du bout supérieur qui semblait invaginer l'inférieur, lui formant comme une collerette godronnée.

Wehr a le premier indiqué le moyen qui consiste à faire sur le bout rétréci une coupe oblique de façon à avoir une section elliptique.

Si cela est insuffisant, on fera porter la correction sur le bout supérieur : il y a plusieurs procédés.

Le premier, recommandé par Rydygier pour la résection du pylore, consiste à faire sur le bout supérieur une coupe en biseau de la circonférence. On réunit ensuite l'une à l'autre les lèvres du biseau.

On peut encore faire un pli sur le bout supérieur, pli faisant saillie soit à l'extérieur, soit dans le calibre de l'intestin. Le pli extérieur a l'inconvénient d'ados-

ser des muqueuses, le pli intérieur de faire valvule dans la lumière du tube digestif.

Pour remédier à ce défaut du pli en dedans qui adosse des séreuses, Billroth le rabat contre la paroi interne de l'intestin où il le fixe par des sutures, traversant les tuniques musculeuses dans l'épaisseur des surfaces de section des bouts.

C'est ainsi qu'il fit chez la malade de l'observation VII.

Dans une autre opération, le même chirurgien corrigea par la dilatation mécanique avec les doigts le retrécissement du bout inférieur.

Les deux bouts de l'intestin ramenés à l'égalité, on pratique la suture. Elle doit porter sur le mésentère, sur l'intestin. Les uns commencent par le mésentère, les autres par l'intestin.

La suture de l'intestin est le temps le plus délicat de l'opération. Il la faut solide et parfaite ; ce doit être une suture de *clôture*, suivant l'expression de M. le professeur Trélat. Il serait à désirer qu'elle fût suffisamment rapide. Le procédé de Lembert plus ou moins modifié a été mis en usage dans presque tous les cas.

Cependant Dittel ayant réussi à invaginer le bout supérieur dans l'inférieur (obs. V) réunit les deux surfaces péritonéales avec du catgut n° 1 par la suture continue du pelletier. La malade guérit: mais pendant quelques jours des gaz s'échappèrent par la plaie. Weiss (obs. XVI) pratiqua aussi l'invagination, qu'il maintint par une su-

ture de Lembert : la mort survint due à une péritonite par perforation.

Au contraire dans plusieurs observations où la simple suture de Lembert à un seul rang fut employée, notamment dans celles de Billroth, la guérison fut obtenue sans perforation ou l'autopsie montra que la suture était solide et occlusive. C'est la plus facile à exécuter, elle est suffisamment rapide et l'expérience a démontré son efficacité.

Cependant on a cru trouver plus de sécurité en pratiquant la *suture à double rangée*, dite encore *suture de Czerny*, suture *Czerny-Lembert :* ce sont deux sutures de Lambert superposées.

Pour gagner du temps, ce qui n'est pas à dédaigner dans une opération où il est important de conserver à l'intestin toute sa vitalité, Rydygier conseille de remplacer la première rangée à nœuds par une suture continue, *la suture ronde*, dont voici la description :

On prend une aiguille aussi fine que possible armée d'un fil fin de catgut, et à l'extrémité mésentérique on l'enfonce de part en part dans l'intestin à 2 ou 3 millimètres du bord de la plaie, en traversant la séreuse et la couche musculaire.

L'aiguille traverse le bord de la plaie en rasant la muqueuse qu'on a soin d'épargner, sort à un point symétrique du côté opposé. On noue alors le fil qui doit être assez long pour que la partie non employée puisse encore faire un deuxième nœud à la fin de l'opération. On continue la suture sur toute la circonférence jusqu'à ce qu'on soit revenu au point de dé-

part ; là on fait un deuxième nœud. Chacun des points doit être éloigné de 4 à 7 millimètres. Par-dessus cette première suture, on en applique une seconde à points séparés, d'après le méthode de Lembert.

La suture simple n'est pas plus facile que celle de Lembert, mais exige moins de temps, car, suivant la remarque de Nussbaum qui la recommande également, il n'est pas nécessaire de quitter 10 ou 20 fois son aiguille pour se servir des ciseaux. De plus on n'a que deux nœuds à faire. Les nœuds de la première rangée de Czerny auraient aussi l'inconvénient de s'opposer à un adossement parfait, exact des séreuses. La suture simple a cependant cet inconvénient que, si elle vient à céder sur un seul point, toute la suture lâche (Rydygier).

Gussenbauer a fait subir à la méthode de Lembert une modification qui rendrait plus exact l'adossement des séreuses.

L'aiguille après avoir sur un des bouts fait le point de Lembert, au lieu de se porter immédiatement sur le bout opposé, repique une seconde fois la séreuse du même bout pour en sortir au niveau de la surface de section : elle exécute ensuite un trajet inverse du côté opposé.

Je rappellerai ici la suture avec *plaques cartilagineuses* de Madelung, qui a été employée une fois par ce chirurgien.

En résumé, la suture de Lembert à un rang ou au besoin à deux rangs, si on avait des doutes sur la perfection du premier, nous parait devoir être préférée.

Elle sera pratiquée avec une aiguille aussi fine que possible, ronde plutôt que plate et tranchante. On commencera par la suture du mésentère. Sur l'intestin on rapprochera les points de suture de 2 ou 3 millimètres. Leur nombre varie nécessairement avec le calibre de l'intestin. On a appliqué jusqu'à 40 points (obs. XVII) sur une même circonférence. Quelquefois une douzaine ont suffi même avec une seule rangée. On peut les moins rapprocher si on doit pratiquer la suture à double rang. La suture doit être plus particulièrement soignée au niveau du mésentère, où les perforations se produisent facilement et présentent une plus grande gravité, l'épanchement stercoral étant dans ce cas à peu près inévitable.

Pour ne pas s'exposer à manquer d'étoffe sur l'un des deux bouts au dernier moment, il est bon après avoir placé des points près du mésentère de se porter de suite au point diamètralement opposé.

Enfin on aura soin de ne pas plonger l'aiguille à plus d'un centimètre de la surface de section, afin d'éviter une valvule qui pourrait obturer au moins en partie le calibre de l'intestin. (M. Bouilly).

En dehors du procédé de suture, se pose la question de la nature du fil à employer. On hésite entre le catgut et le fil de soie, le catgut susceptible d'être résorbé, le fil de soie plus solide, plus souple, mais aussi laissant un corps étranger dans l'abdomen. Bilroth emploie les fils de soie désinfectés par ébullition dans l'eau phéniquée et placés dans une solution thymique : Czerny, Madelung, Baum les préfèrent

aussi. Dittel, Schede, Rydygier se sont au contraire servi du catgut. En réalité, les deux substances ont fourni des sutures solides, et dans les cas où la désunion s'est faite, la cause était autre que la nature du fil. C'est ce qui ressort des recherches de Rydygier, qui préfère le catgut parce qu'il se résorbe. En tout cas il serait à désirer qu'on eût toujours à sa disposition du catgut suffisamment souple pour se plier aux exigences d'une bonne suture.

Réduction de l'intestin. Suture des parois.—La suture achevée, faut-il réduire l'intestin ou le laisser hors de la cavité abdominale?

La réduction est évidemment préférable au point de vue de la rapidité de la guérison; mais elle expose, s'il survient une perforation, à une péritonite fécale rapidement mortelle.

Schede, dans ses deux premières résections (obs. III et IV), maintint l'intestin au dehors au moyen d'une longue épingle passée entre les deux lèvres de l'incision et le mésentère, et dans le deuxième cas, terminé par une mort accidentelle, au moyen d'une suture passant par le mésentère et les bords de la plaie.

Dans le premier cas, l'intestin se recouvrit de granulations ; le dixième jour l'épingle fut retirée et l'intestin rentra spontanément deux jours après.

Schede, qui exposa ces faits au huitième congrès des chirurgiens allemands, ne se prononça pas sur l'opportunité et la nécessité de la non-réduction. Esmark, qui venait de perdre un malade (obs. VI) de

péritonite par perforation d'un intestin réduit, exprima le regret de n'avoir pas connu la manière de faire de Schede.

La non-réduction, en nécessitant l'absence de réunion et la suppuration de la face externe de l'intestin, expose certainement à la désunion de la suture, mais la rend moins grave en prévenant l'épanchement stercoral dans le péritoine. Cependant, dans l'observ. II, il est dit que l'intestin ne fut pas réduit et que le malade mourut de péritonite par perforation.

Quoi qu'il en soit, la pratique la plus souvent suivie a été la réduction de l'intestin.

Si l'intestin n'a pas été réduit, on réunira la plaie abdominale dans une étendue telle que l'intestin hernié ne soit pas exposé à l'étranglement. On recouvrira l'intestin de protective et de gaze phéniquée froissée et on fera en sorte que le pansement n'exerce qu'une compression modérée; si on a pratiqué la réduction, on fera la suture de la paroi suivant les procedés habituels afin d'obtenir une réunion par première intention. Quelques auteurs la font complète ; d'autres placent un drain qui pénètre jusque dans la cavité de l'abdomen.

Dans le cas d'abcès au voisinage de l'anus anormal, on aura soin d'assurer par un drainage suffisant l'écoulement du pus. Dans quelques observations, l'étendue de la perte de substance de la peau était telle que la réunion des parois eût été impossible. On se contenta de panser antiseptiquement. La plaie arriva à cicatrisation avec extrême rapidité et l'occlusion fut bientôt

parfaite : circonstance importante à rappeler, car elle montre bien avec quelle facilité se répare la perte de substance extérieure dès que l'occlusion de l'orifice intestinal est bien faite.

Soins consécutifs. — Ils sont relatifs au pansement et au régime.

Rien de particulier relativement au pansement, qui sera dirigé suivant les principes de la méthode de Lister. L'immobilité sera conservée aussi complète que possible ; s'il y a de la tension des parties réunies, il est indiqué de favoriser le rapprochement par la flexion de la cuisse sur le bassin. L'immobilisation sera continuée même après guérison de la plaie extérieure, si celle-ci a été rapide. Un mois de repos au lit sera imposé au malade.

Le régime doit être dirigé en vue d'un repos complet de l'intestin. Il faut prévenir et les contractions et le passage des matières dans la mesure du possible : ce sont là des conditions essentielles à la tenue de la suture. On obtiendra le calme de l'intestin par l'administration de l'opium ; on réduira le cours des matières au minimum par la diète. Quelques chirurgiens la prescrivent absolue pendant les premiers jours : d'autres permettent la diète liquide avec lait, vin, café. Il faut, à ce point de vue, se guider sur l'état général et l'appétence du malade : si la faiblesse est considérable, le vin, le café seront avantageusement administrés.

C'est ordinairement du cinquième au neuvième jour

qu'on a permis l'alimentation d'abord liquide, puis demi-solide. Progressivement, on arrive à l'usage des aliments solides et au régime habituel.

Ultérieurement, il sera utile de soutenir la région herniaire au moyen d'un bandage, si dans les efforts de toux on sent l'intestin venir presser sur la région qui a été le siège de l'opération, si, en un mot, on redoute la récidive de la hernie.

CHAPITRE VI.

TRAITEMENT DES COMPLICATIONS.

Je n'étudierai pas sous ce titre le traitement applicable à certaines dispositions anatomiques complexes qui tiennent aux conditions dans lesquelles s'est constitué l'anus contre nature, telles que vaste perte de substance, rétrécissement du bout inférieur, oblitération de ce bout, orifices multiples, etc.; ce sont là des variétés anatomiques plutôt que des complications véritables ; elles ont été examinées à propos des diverses méthodes de traitement.

Je n'envisagerai que certains accidents qui surviennent comme épiphénomènes dans le cours des anus contre nature, quel que soit, du reste, leur degré de complexité.

Les excoriations, les érythèmes, les érysipèles se-

ront combattus par les lotions émollientes, les soins assidus de propreté, les bains, les applications de collodion.

Les abcès périfistulaires ou péritonéaux seront incisés, drainés.

La hernie de la membrane muqueuse ne présente jamais un volume considérable si elle est isolée. La position, la compression, permettront de la réduire. On sait que M. Gosselin a utilisé cette muqueuse herniée pour augmenter les surfaces d'avivement dans son procédé d'autoplastie. La hernie de l'intestin tout entier, l'invagination, a une toute autre importance. Elle est simple ou double. Au point de vue du traitement, il faut distinguer les cas où elle est réductible, irréductible ou étranglée.

Si elle est réductible, il faut réduire par le taxis et maintenir par une pelotte mollette ou un brayer, et recommander au malade, suivant le conseil de Sabatier, de se tenir couché le plus longtemps possible sur le côté opposé pour éviter le poids du paquet intestinal; défendre tout mouvement violent, tenir le ventre souple et libre, raffermir les parties voisines par des fomentations légèrement astringentes, soutenir les bords de la fistule avec un bourrelet d'ivoire ou toute autre matière. Dans les cas plus compliqués, on pourra recourir au moyen employé par Desault, qui consiste à comprimer la tumeur par des doloires.

Si le prolongement est irréductible, la conduite à tenir est différente, suivant qu'on veut ou non draiquer une opération. Si le traitement doit être pure-

ment palliatif, on adaptera l'appareil récepteur à la forme du prolapsus. Desault parle d'un malade qui tenait son anus invaginé dans un pot de terre. Cazin (Soc. de chir. 1875) a cité le cas d'une femme atteinte d'un prolapsus irréductible de 20 centimètres; il s'était fait une véritable sphinctérisation et les selles étaient à un certain point volontaires. Un médecin lui avait conseillé de porter un sac de baudruche : elle maintenait sa tumeur dans un vase de terre appropriée.

Un prolapsus léger n'empêche pas une intervention chirurgicale, mais s'il est très prononcé et irréductible, il faut le supprimer. Dupuytren fit la section à l'entérotome, Blandin au moyen d'une ligature sur une canule, M. Verneuil par l'écrasement linéaire suivi de fixation des bouts sectionnés au pourtour de l'orifice. Ces opérations ont été parfaitement bénignes.

Dans le cas de M. Verneuil, l'anse herniée était ulcérée; il y avait des symptômes de septicémie rapportés par lui à l'absorption de matières toxiques : c'est là une indication d'intervenir (*Bull. de la Soc. de chir.*, 1870).

L'étranglement de l'intestin prolabé est un accident grave; Sabatier (Mém. cité), en rapporte deux observations suivies de mort de Puy, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon. Pour l'un d'eux, un consultant avait conseillé la section de l'intestin hernié. Il serait plus prudent de suivre le conseil de Lange et de procéder au débridement de l'ouverture abdominale en portant le bistouri entre la tumeur et la peau.

Une autre complication, qui paraît avoir été plus

souvent observée au temps où on abandonnait le traitement à la nature, que depuis la mise en pratique de la section de l'éperon, est l'engorgement de l'entonnoir membraneux, l'engouement du bout supérieur. Louis l'attribuait à la fermeture trop rapide de l'anus anormal, alors que le rétrécissement du bout inférieur s'opposait au passage des matières. Dupuytren incriminait les aliments de digestion difficile.

Les purgatifs et les lavements, les injections pratiquées par le bout supérieur pour déloger les matières, au besoin la dilatation et le débridement de l'orifice extérieur, tels sont les moyens à employer. Les vermifuges sont aussi indiqués, car on a vu des lombrics sortir par des orifices se produisant sur une cicatrice d'anus contre nature à la suite d'accidents d'engouement.

Comme traitement préventif, on prescrira des aliments de digestion facile et on combattra la constipation.

Quant à ces complications tardives, telles que rupture du bout supérieur avec perforation intestinale, dont on a cité des exemples, on pourrait les prevenir en présence des signes de l'engouement qui les précèdent en ouvrant la cicatrice extérieure. Quant à maintenir un anus contre nature ouvert pour prévenir les funestes effets d'un rétrécissement ultérieur, ce serait laisser subsister une cruelle infirmité pour éviter un accident bien problématique.

Enfin, un anus contre nature peut se compliquer de hernie intestinale : on réduira et on maintiendra la

réduction. Même après guérison, cette complication est fréquente, et Reybard disait que presque tous ses opérés avaient présenté une récidive de leur hernie.

Millet cite dans sa thèse une complication des plus curieuses (*Thèse de Paris*, 1882). Une femme atteinte de hernie crurale étranglée et terminée par un anus anormal avait guéri. Bientôt survinrent des coliques, des envies de vomir et une tumeur herniaire. « Dupuytren mit l'intestin à nu, reconnut que l'engouement s'était formé dans la cicatrice intestinale et réduisit ». La malade guérit.

CHAPITRE VII.

TRAITEMENT PALLIATIF

C'est une triste ressource que le traitement palliatif de l'anus contre nature, à laquelle on ne doit se réduire que si le malade refuse toute intervention ou s'il existe des contre-indications tirées de l'état général du sujet.

Le malade se soumettra aux soins de propreté les plus minutieux, et au besoin pratiquera les badigeonnages collodionnés recommandée par Ward; il fera usage d'un appareil destiné à recevoir les matières fécales.

Le plus simple de tous est certainement celui dont parle Vacher (*Mém Soc. roy. de chir.*, t. IX). Un

homme de 72 ans, affecté d'un anus inguinal, recevait les matières dans un pot de terre qu'il portait entre les cuisses, attaché par des cordons à un bandage de corps. Il était vêtu d'un jupon de toile « *et* « *le bon vieillard vivait de son travail et de la mendicité* ».

Sabatier (*Mém. Soc. roy. de chir.*, t. XV) en décrit un plus compliqué : « Un bandage, dont la pelote est de buis, contient le bout d'intestin continu à l'anus et laisse passer celui qui tient à l'estomac par une ouverture qui y est pratiquée. Un tuyau d'argent fixé à la partie antérieure de cette pelote et qui s'ajuste à une boîte de fer blanc, figurée comme un croissant, reçoit les matières fécales ».

Plus parfait encore était l'appareil du blessé de Moscati, qui pouvait garder dans un anus une canule de plomb à laquelle s'ajustait une boîte de fer blanc.

On s'est servi depuis d'anneaux d'ivoire, de métal, de bois, garnis de cuir, laissant passage aux matières par leur centre, d'où part un tube vissé à une boîte de métal ou à un récipient élastique. Les appareils récepteurs sont généralement construits sur deux types. Dans le premier, un bandage herniaire, adapté à la région, porte une pelote creuse en ivoire, bois ou celluloïde. A la pelote fait suite un récipient en caoutchouc. Dans le deuxième, le brayer est remplacé par une ceinture (anus ombilical) portant une pelote en caoutchouc communiquant par un tube avec une bouteille.

La bouteille vient reposer sur la cuisse ; on préfère le caoutchouc au métal à cause du poids. La cavité est maintenue béante par un ressort à boudin. Un

orifice, situé à la partie inférieure, permet de vider et laver le récipient sans enlever l'appareil.

Il bon de faire construire, pour chaque particulier, un appareil récepteur sur mesure.

Pour les fistules stercorales, le traitement palliatif est beaucoup plus simple et plus supportable ; une simple compresse, maintenue par un bandage herniaire ou une ceinture, pourra s'opposer à tout écoulement extérieur.

CHAPITRE VIII.

CONCLUSIONS RELATIVES AU TRAITEMENT DES ANUS CONTRE NATURE ET FISTULES STERCORALES.

Je n'étudierai pas dans ce travail, sous le titre de traitement préventif de l'anus anormal, le traitement de la hernie gangrénée, des plaies de l'intestin ou des abcès stercoraux. Les opérations relatives à l'établissement des fistules intestinales sortent de mon sujet : *établir un anus contre nature* ce n'est pas le traiter. Pour les mêmes raisons, je n'aborderai pas la question de l'entérectomie primitive, de l'entérectomie appliquée à la hernie gangrenée, opération pratiquée souvent á l'étranger dans le cours de ces dernières années. Certes c'est une question intéressante, et qui vaut la peine d'être rapprochee de l'entérectomie secondaire au point

de vue du manuel opératoire dans une étude générale sur l'entérorrhaphie circulaire. Mais, je le répète, c'est un moyen de traitement de la hernie étranglée et non de l'anus contre nature. Si on veut le comparer comme valeur thérapéutique à une autre intervention, c'est avec l'établissement de l'anus contre nature qu'on doit le faire. Dire que l'on doit préférer l'entérectomie secondaire à l'entérectomie primitive, parce que la première donne trois ou quatre fois plus de guérisons que la seconde, cela est absolument irrationnel. Quand on veut apprécier la valeur comparative de l'entérectomie primitive, il faut tenir compte non seulement du nombre de malades qui mourront de l'entérectomie secondaire, mais de ceux qui périraient avant toute intervention chirurgicale des suites naturelles de la gangrène herniaire et de l'existence d'une ouverture anormale. et, en sens inverse, de ceux qui guériraient après formation de l'anus anormal par les seuls efforts de la nature. Tout cela sort de notre cadre, et nous prenons la fistule intestinale au moment où elle est déjà constituée.

Quand et comment faut-il intervenir? Nous distinguerons deux cas. On peut avoir à traiter un anus contre nature, une fistule stercorale.

Indications du traitement dans l'anus contre nature. — Un anus contre nature pouvant guérir spontanément, il est indiqué de ne pas intervenir avant de savoir quelle sera la valeur et la durée des efforts de la nature.

Les exemples de guérison spontanée sont très fré-

quents ; on en trouve non seulement de nombreuses observations isolées, mais encore des séries et des tableaux d'observations. Il est plus difficile, presque impossible, en dehors des statistiques portant sur la pratique d'un même chirurgien, d'en fixer le nombre relatif.

Dupuytren estimait que la guérison spontanée, aidée du traitement médical et des moyens chirurgicaux employés avant sa découverte (ces derniers ne devaient pas exercer une grande influence sur le résultat), ne laissaient qu'un quart des malades à l'entérotome. Ce chiffre de guérison avant toute intervention opératoire est peut être exagéré, mais il indique qu'on a le devoir d'attendre.

D'une façon générale, il ne faut pas intervenir avant la cessation des accidents inflammatoires locaux, soit deux ou trois mois, dans le cas d'anus herniaire.

Un seul cas, l'affaiblissement trop considérable du malade par la déperdition des matières alimentaires, justifierait une opération plus précoce.

Au bout de ce temps, il faut tenir compte de la tendance qu'a l'orifice anormal à s'obturer et de certaines conditions anatomiques. Si l'orifice va se rétrécissant de jour en jour, alors même qu'il ne serait pas fermé au bout de trois mois, on ne doit pas désespérer de la guérison spontanée, que l'on a vue survenir au bout de six ans. Je ne conseillerai pas d'attendre un terme aussi reculé. Mais il est bon de ne pas trop se presser,

si l'anus a de la tendance à se transformer en fistule stercorale.

On interviendra au contraire si, au bout de deux ou trois mois, le processus d'occlusion s'arrête, et si l'anus anormal, définitivement constitué, présente les particularités suivantes : 1° ouverture étendue ; 2° éperon s'avançant jusqu'à l'ouverture ; 3° renversement irréductible ; 4° forme labiée de l'anus. Dans ces conditions, il faut intervenir. De quelle façon ? Le chirurgien a à choisir entre : 1° l'entérorrhaphie circulaire; 2° l'entérotomie suivie ou non d'une opération autoplastique.

L'entérorrhaphie circulaire est une séduisante opération ; elle donne des guérisons rapides, complètes. En cinq ou six semaines le malade est débarrassé de son infirmité. Mais la mortalité est considérable ; la statistique brutale donne près d'un mort sur trois opérés. C'est une de ces opérations qui guérissent ou qui tuent. Si, au lieu de nous en tenir au chiffre, nous procédons par analyse, nous voyons que la laparo-entérectomie donne la mort, soit parce qu'elle met le feu au péritoine, par le seul fait des manœuvres intrapéritonéales, ou parce qu'une suture imparfaite laisse échapper les matières fécales, soit parce qu'elle détermine une obstruction intestinale. Quelques conditions spéciales échappent aux prévisions.

La péritonite par manœuvres opératoires peut reconnaître pour cause une intervention trop prolongée, et, suivant les doctrines actuelles, une faute dans l'application de la méthode antiseptique.

La péritonite par perforation, le plissement obstruant l'intestin, reconnaissent pour cause une inhabileté opératoire.

Il faut donc, pour de bonnes conditions de réussite, un chirurgien qui opère aseptiquement, qui exécute, avec une rapidité suffisante, une bonne suture, une bonne adaptation des bouts de l'intestin.

Or, comment compter d'une façon absolue sur une antisepsie parfaite ? Un moment d'oubli, une précaution manquée de la part des aides ou du chirurgien peuvent la compromettre. Si habile que soit le chirurgien, il peut se glisser quelque imperfection dans ce travail de couture et de reprise qui constitue l'entérectomie. Un rien suffit pour entraîner une faute qui déterminera la mort du malade.

En est-il de même pour l'application de l'entérotome ? Je ne le crois pas. Je ne puis fournir le chiffre de mortalité donné par l'entérotome. Mais, qui osera prétendre que la section de l'éperon par l'instrument de Dupuytren donne un mort sur trois ?

L'entérotome, bien appliqué et à propos, fait la section de l'éperon sans donner la mort, comme l'entérorrhaphie, habilement et antiseptiquement faite, rétablit la continuité du tube digestif sans tuer le malade.

Mais la première opération n'exige pas comme la seconde cette perfection dans l'acte opératoire, que pas un chirurgien n'est absolument sûr d'atteindre.

L'éperon coupé, il est de règle que le cours des matières se rétablisse ; la guérison survient ou il se forme une fistule stercorale, justifiable d'une opéra-

tion autoplastique, second acte opératoire qui, seul ou ajouté à l'entérotomie, est certainement moins grave que la laparo-entérectomie. Une bonne entérotomie, une bonne suture peuvent, cela ressort des observations, amener une guérison moins rapide, moins brillante, mais en faisant courir moins de chances de mort.

Dans un cas simple, je veux dire celui où l'entérotome peut être prudemment appliqué, je crois qu'un chirurgien prudent ne devra pas abandonner les anciennes méthodes.

Mais, à côté de ces faits, l'entérectomie secondaire a des indications nettes et précises.

La première est l'impossibilité d'appliquer l'entérotome, si les deux bouts sont inaccessibles au doigt ou à la sonde, si le bout inférieur est perdu ou obstrué ; les résultats fournis par l'entérorrhaphie sont assez satisfaisants pour qu'on la préfère au simple traitement palliatif. Je la crois aussi préférable aux procédés destinés à créer un nouveau bout inférieur, à l'entérotomie iléo-cæcale de Laugier, préférable à l'inosculation de Maisonneuve, qui offre tous les dangers de l'entérectomie sans en offrir les avantages.

L'échec de l'entérotomie, plusieurs fois répétée, serait aussi une deuxième indication nette et précise de l'opération radicale.

Une troisième indication naîtrait, non plus de l'impossibilité d'appliquer l'entérotome, mais de conditions anatomiques ne permettant pas de l'appliquer dans des conditions favorables. On n'est pas, comme

le prétend Legendre, obligé d'opérer aveuglément; on ne doit pas opérer aveuglément. Si, après une exploration attentive par les doigts ou la sonde, on n'arrive pas à apprécier l'état des parties que l'on doit comprimer, mieux vaut ouvrir le ventre que de serrer n'importe quoi. Mieux vaut une entérectomie à pleine lumière qu'une entérotomie faite à l'aveugle : le chirurgien doit sinon voir, du moins savoir ce qu'il fait.

Un cas plus difficile à apprécier est celui où l'anus existe sans éperon, avec une large perte de substance. Vaut-il mieux avoir recours à une autoplastie cutanée qu'à l'entérorrhaphie? Le remarquable succès obtenu par Blandin autorise à tenter l'autoplastie avant de recourir à une opération plus radicale.

Telles sont, je crois, les indications respectives des anciennes et nouvelles méthodes.

Indications dans les fistules stercorales. — Dans les fistules stercorales, le traitement médical doit être plus longtemps continué. Une alimentation ne laissant pas de résidus, les purgatifs doux, les lavements, la compression, ont donné de nombreux succès.

La détermination à prendre, au point de vue du moment de l'intervention est fondée, non seulement sur l'époque écoulée depuis le début de la maladie, l'étude attentive de la marche vers la guérison, mais encore sur la position sociale et l'état moral du sujet.

S'il peut attendre, s'il supporte sans en souffrir son infirmité, on pourra donner du temps à la nature. Dans le cas contraire, on interviendra dès qu'on se

sera assuré que le traitement médical n'agit pas ou agit trop lentement.

En dehors d'indications spéciales, on choisira les procédés qui donnent les résultats les plus prompts et les plus sûrs; la mortalité n'entrant pas en ligne de compte dans ces cas. Or, ceux qui remplissent le mieux le but sont incontestablement ceux qui ferment l'ouverture de l'intestin. L'orifice intestinal, voilà l'ennemi; lui fermé, la plaie cutanée, les pertes de substance se réparent rapidement, même en dehors de toute réunion directe. Les opérations d'entérectomie nous en ont fourni de remarquables exemples.

Or, le procédé qui assure le mieux la bonne tenue de la suture est celui qui repose sur le principe de l'adossement des séreuses. Les opérations pratiquées par Polano, Czerny, M. le professeur Trélat, en sont une éclatante démonstration. Aller jusqu'à l'intestin, le disséquer par sa surface externe et réunir par la suture de Lembert les parois rebroussées, est une intervention légitimée par les faits. Je crois cependant que, si dans cette dissection, on arrivait à trouver des lambeaux faciles à adosser avant d'arriver aux limites des adhérences, on devrait s'en contenter. Mais on ne doit pas s'exposer à faire une mauvaise suture dans la crainte d'ouvrir le péritoine dans une région herniaire.

Si l'ouverture était trop large pour que le reploiement de ses bords pût obturer l'orifice sans rétrécir trop considérablement le calibre de l'intestin, un des autres procédés autoplastiques, par inflexion ou avec

lambeau, serait tenté de préférence à l'entérorrhaphie circulaire. Dans le cas où un bourrelet muqueux entourerait l'orifice, on l'aviverait, suivant le procédé de M. Gosselin, pour le faire servir à la réunion.

Ce n'est que dans des cas absolument exceptionnels, tels que ceux dont nous avons parlé dans notre chapitre de l'entérorrhaphie circulaire, qu'on pratiquerait la résection de l'intestin pour une simple fistule stercorale.

DEUXIÈME PARTIE.

Traitement des anus contre nature et fistules stercorales communiquant avec l'extérieur par l'intermédiaire d'une cavité purulente.

Fistules pyo-stercorales. — Fistules stercoro-purulentes.

On désigne sous le nom de fistules pyo-stercorales (Blin), stercoro-purulentes (profes. Verneuil), des communications anormales établies entre l'intestin et l'extérieur ou les cavités viscérales, se distinguant des fistules stercorales que nous avons étudiées précédemment, en ce que, sur le trajet de la communication, se trouve une cavité pyogénique, dans laquelle stagnent les matières avant de s'échapper par l'orifice extérieur. L'existence de cette poche modifie d'une façon notable l'intervention chirurgicale. Nous étudierons ici seulement celles de ces fistules qui, communiquent avec un point quelconque des parois de l'abdomen, laissant pour le chapitre suivant celles qui s'ouvrent dans une cavité naturelle.

Cet ordre de fistules peut se produire à la suite de l'étranglement herniaire; mais la cause la plus fré-

quente est un de ces abcès qui se développent dans l'une ou l'autre des régions de cette couche celluleuse, placée entre le péritoine d'une part et les parois abdominales de l'autre : couche celluleuse susceptible de s'enflammer primitivement, mais qui plus souvent encore s'enflamme consécutivement à une affection d'un des nombreux organes que tapisse le péritoine ou des vaisseaux et ganglions lymphathiques situés dans son épaisseur.

Ordinairement, les matières passent en grande partie par les voies naturelles, de sorte que ces ouvertures sont des fistules stercorales. Quelquefois cependant, et cela arrive à une période avancée, ou s'il y a complication de prolapsus, les selles sont supprimées, et l'on a affaire à un véritable anus contre nature.

HISTORIQUE.

La première période de cette maladie, celle qui correspond à la formation de l'abcès, est depuis longtemps bien connue et étudiée ; il n'en est pas de même de la deuxième, celle où l'affection est constituée à l'état de fistule.

Le premier auteur qui lui ait consacré une description spéciale est Velpeau : ce qu'il en dit est court, mais indique bien les points principaux de la question. Cette description paraît avoir échappé aux auteurs qui ont depuis écrit sur ce sujet ; car ils ne rapportent

pas les observations de Velpeau, et ils n'en donnent pas l'indication bibliographique.

Dans son mémoire sur les anus contre nature dépourvus d'éperon (*Journ. hebd. des progrès des sciences méd.*, 1836, p. 37), Velpeau, après avoir décrit la variété d'anus sans éperon consécutifs aux étranglements herniaires et plaies de l'intestin, consacre un paragraphe à l'étude des anus sans éperon, suite d'ulcères ou de perforations internes de l'intestin. Il signale comme causes, d'une part les corps étrangers, d'autre part les ulcérations intestinales diathésiques ou dothiénentériques, décrit bien le cheminement du pus à travers la paroi, les abcès sous-cutanés, indique comme terminaison tantôt la guérison rapide et sans opération chez les individus bien constitués, tantôt la persistance indéfinie de l'affection et la résistance *à tout* dans le cas contraire.

Il cite trois observations : dans la première, corps étrangers, marche rapide, guérison en quarante-trois jours ; dans la deuxième, ulcération tuberculeuse avec vastes décollements qu'on incise, mort de phtisie pulmonaire ; dans la troisième, origine non indiquée, individu bien portant, insuccès de vastes débridements et d'opérations autoplastiques.

En 1874, M. le professeur Verneuil appela de nouveau sur ces faits l'attention de la Société de chirurgie. M. le professeur Paulet donna, à cette occasion, le résultat d'une heureuse intervention.

En 1879, M. Blin, à l'instigation de M. le professeur Léon Le Fort, a consacré à l'étude de cette ques-

tion sa thèse inaugurale, qui constitue une précieuse monographie. Cet important travail laisse peu de choses à dire, ce qui explique la brièveté donnée à ce chapitre de notre thèse.

Une longue expectation pour M. Le Fort, l'intervention, le débridement suivi de la cautérisation de la membrane pyogénique et de l'orifice intestinal, pour M. Verneuil, tels sont les moyens indiqués à cette époque pour la cure de cette affection.

Plus récemment, M. Julliard (de Genève) a publié une intéressante observation que nous résumons plus loin, qui inaugure une ère nouvelle dans la thérapeutique chirurgicale de ces fistules. Son opération consiste à ouvrir la cavité abdominale, libérer les anses d'intestin, fermer par la suture l'orifice intestinal, racler les parois du trajet et fermer après drainage.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.

Une fistule stercoro-purulente présente à étudier un orifice cutané, une cavité pyogénique intermédiaire, un orifice intestinal.

L'orifice cutané peut être considéré comme un accessoire : il est sans importance au point de vue de l'évolution des lésions.

La cavité purulente occupe des sièges variés par rapport à la paroi abdominale. Elle peut être intrapéritonéale, limitée en arrière par les anses intestinales agglutinées par des adhérences et en avant par

le péritoine pariétal : cette disposition paraît avoir existé dans un cas de Billroth (obs. VII), où les deux bouts de l'intestin s'abouchaient dans une cavité intra-abdominale ; la lésion était consécutive à une hernie gangrenée. Lorsqu'elle succède à un abcès du fascia propria, la cavité est extra-péritonéale et communique avec l'intestin par un trajet établi au milieu des adhérences qui existent entre les deux feuillets du péritoine. Dans quelques cas, elle est sous-cutanée. Elle est parfois double et souvent elle présente des diverticules multiples ; les deux orifices, l'intestinal et le cutané, ne s'y abouchent pas toujours directement, mais peuvent communiquer avec elle par un trajet fistuleux, qui présente souvent des embranchements.

Cette cavité n'est pas tapissée par la muqueuse intestinale, mais par une membrane pyogénique ; elle renferme un liquide constitué par un mélange en quantité variable de pus et de matières fécales, souvent mêlés à des gaz.

L'orifice intestinal, unique ou multiple, peut être large ou, au contraire, ne constituer qu'un simple pertuis difficile ou même impossible à trouver après une large ouverture de la cavité purulente. Il est tapissé par la muqueuse et maintenu béant par les adhérences péritonéales.

La cavité intermédiaire est le siège d'une sécrétion purulente et le lieu de passage et de séjour des matières fécales. Il s'établit une sorte de courant d'intensité variable au niveau de l'orifice intestinal, les ma-

tières passant dans la cavité et le pus dans le tube digestif.

Quelle est la cause de la persistance de la lésion ? On ne peut invoquer ici la présence de la muqueuse, qui ne dépasse pas l'orifice intestinal, ni d'un éperon ou d'un prolapsus qui ne se montrent que dans des circonstances exceptionnelles. Il faut invoquer, suivant M. le professeur Verneuil, non pas le simple passage des matières fécales, mais leur séjour, leur rétention dans la cavité qui en entretient les parois à l'état de membrane pyogénique. Faire disparaître la rétention est donc une indication importante du traitement.

En résumé, il y a deux éléments à combattre dans la lésion qui nous occupe ; 1° l'orifice intestinal ; 2° la cavité pyogénique ; l'un entretient l'autre grâce au double courant. Il y a à traiter un clapier purulent et une fistule.

L'un et l'autre peuvent guérir spontanément ; la cavité se recouvre de bourgeons charnus qui se rapprochent, et l'orifice intestinal se ferme simultanément. Mais il peut se faire que la cavité se ferme, disparaisse en tant que clapier et se transforme en un trajet fistuleux entretenu dès lors uniquement par le passage du contenu de l'intestin.

Là encore, l'orifice intestinal nous paraît jouer un rôle de premier ordre dans la persistance de l'affection. Les larges débridements peuvent amener la cicatrisation des parois de la poche et cependant il persiste un écoulement des matières fécales. C'est ce qui

nous paraît démontré par une observation de M. Létiévant que nous rapportons plus loin et qui nous a été communiquée par notre collègue le Dr Augagneur.

TRAITEMENT.

Je n'insisterai pas sur le traitement préventif de la fistule pyo-stercorale. Lorsque l'abcès qui peut lui donner naissance se présente au chirurgien, l'indication est formelle : il faut inciser et le plus promptement possible, qu'il s'agisse d'un abcès consécutif ou antérieur à la perforation intestinale. Dans le premier cas, on prévient la formation des décollements et l'agrandissement de l'ouverture ; dans le second, on peut éviter la perforation de l'intestin.

Aux faits de guérison nombreux dus à l'incision hâtive, j'ajouterai l'observation suivante qui m'a été communiquée par mon ami le Dr Wuillomenet.

Observation inédite. — 1872. Homme. 58 ans. Bien portant. Périty phlite de cause inconnue. Dix jours après le début de l'affection, le chirurgien sentant une fluctuation profonde, fait à la paroi abdominale une incision parallèle à l'arcade, en dehors des vaisseaux.

Issue d'un demi-litre de pus : en même temps s'échappent des matières et des gaz. Lavages phéniqués. Fermeture spontanée six semaines après le début de l'affection.

Le traitement de la lésion constituée à l'état de fistule est médical et palliatif ou chirurgical.

Traitement médical et palliatif. — Les moyens, conseillés contre la fistule stercorale, trouveraient ici leur indication : purgatifs légers souvent répétés, lavements, alimentation abondante, réparatrice, mais de digestion facile. On cherchera, si le malade est affaibli, à relever ses forces par l'administration des toniques et l'hydrothérapie.

Si l'affection peut être attribuée à la présence de vers intestinaux, on donnera les vermifuges.

Si on soupçonne l'existence d'un corps étranger, d'un calcul, on en tentera l'extraction.

Dupuytren conseillait à ses malades de se coucher sur le ventre, position qui paraît propre à s'opposer au passage des matières intestinales par la fistule.

On favorisera l'écoulement du pus en dilatant la fistule et on tâchera de modifier la poche par des injections de teinture d'iode ou d'autres liquides irritants.

Traitement chirurgical. — Si nous excluons de ce cadre l'incision, le drainage des foyers secondaires, nous devons reconnaître qu'il a été rarement mis en usage. Blin ne cite que trois cas; encore ne connait-il qu'incomplètement le traitement employé par Velpeau, dans un de ses cas : il n'indique que les opérations autoplastiques sans parler des débridements qui avaient été faits préalablement par ce chirurgien.

M. Delair-Rivière, dans un travail récent (Th. Paris, 1881), donne une nouvelle observation due à M. Anger.

Je résumerai brièvement les cas déjà publiés, j'y ajouterai les deux faits de Velpeau, l'observation de M. Julliard et celle de M. Letiévant.

J'ai cité, dans le chapitre de l'entérectomie, une observation de Billroth (obs. VII) qui pourrait se ratacher à l'histoire des anus débouchant dans une cavité purulente qu'il râcla et draina ; après quoi, il pratiqua la suture circulaire des deux bouts.

I. — 1883. Velpeau. Mém. cité, p. 39. (Résumée.) — Eugène Denis, 17 ans. Abcès de la région ombilicale, avec quatre orifices cutanés donnant issue à des matières fécales.

Opération. — A l'aide d'incisions, on forme des lambeaux qui, étant relevés, laissèrent à découvert une plaie de 5 pouces de long sur 3 de large, présentant dans le flanc gauche un cul-de-sac qui n'a présenté aucune ouverture pendant les huit premiers jours.

Les matières fécales, toujours liquides, deviennent de moins en moins abondantes ; dix-neuf jours après l'opération, plus de matière fécale. Bientôt elles reparaissent.

La suppuration paraît venir de l'hypogastre par un long trajet. Tous les signes de la phtisie pulmonaire se développent, et la jeune fille meurt trois mois après l'opération, sans avoir cessé de rendre des matières par la plaie.

A l'autopsie : tubercules dans le poumon ; ulcérations intestinales, dont l'une près de l'anneau inguinal gauche avait été le point de départ du pus qui avait gagné l'ombilic.

II. — Velpeau. 1833. Mém. cité, p. 40. — Costin, 17 ans.

« Quand il entra dans mon service, il portait à droite, et un peu au-dessous de l'ombilic, un ulcère fistuleux d'où il sortait chaque jour une certaine quantité de matière et de gaz intestinaux. Cet ulcère datait déjà de trois mois. Il avait été précédé d'un vaste abcès. Le malade qui, quoique maigre et chétif, conservait beaucoup de vivacité, n'avait jamais cessé complè-

tement de pouvoir aller à la garde-robe. Aucun autre organe ne fut trouvé malade, ni par M. Louis, ni par moi. L'appétit était bon, le sujet très docile et très désireux de guérir. Le stylet se dirigea du côté de la fosse iliaque, à 3 pouces au-dessous, et à droite de la fistule extérieure. Je fendis tout ce trajet, pour établir un parallélisme complet entre la perforation de l'intestin et la plaie extérieure. Dilatée plus tard avec un cône d'éponge préparée, cette plaie me permit de pénétrer, avec le doigt, dans l'intérieur, et de reconnaître là tous les caractères du cœcum, ou du côlon ascendant. Un phénomène assez singulier, au surplus, que nous avons souvent constaté chez cet enfant, c'est que, en même temps qu'il était facile de faire arriver les lavements jusqu'à l'anus contre nature, on voyait les matières ingérées par la bouche s'y rendre presque avec la même promptitude.

Quoi qu'il en soit, cette fistule, qui laissait au malade la faculté d'aller à la garde-robe quand on la tenait fermée avec un bouchon de linge, de charpie, d'éponge, ou même de liège, se transformait en véritable anus contre nature aussitôt que l'obturateur était enlevé. Il n'y avait point d'éperon derrière. Pour la guérir, j'ai tout essayé. La suture simple, la suture enchevillée, l'autoplastie répétée trois fois ont complètement échoué. Les purgatifs en lavement n'ont pas mieux réussi. Une valvule que j'avais sentie au fond de la caverne fut détruite avec l'entérotome de Dupuytren, sans qu'il en soit rien résulté d'avantageux. Enfin, ce jeune homme est sorti de l'hôpital en mars 1834, se portant assez bien d'ailleurs, et ayant acquis l'habitude de fermer sa fistule avec un bouchon. Je n'en ai point eu de nouvelles depuis. »

III. — 1866. Professeur Paulet. (*Bull. Soc. chir.*, 1874.) — Homme, 32 ans. Abcès de la fosse iliaque datant de deux mois, ouvert à l'extérieur, communiquant avec l'intestin. Fièvre hectique, marasme.

Large débridement par incision parallèle à l'arcade.

Amélioration instantanée : guérison rapide.

IV. — 1873. Professeur Verneuil. (*Bull. Soc. chir.*, 1874.) — Marie T..., 41 ans.

En juillet 1873, ouverture d'un abcès de la région antéro-latérale gauche de l'abdomen. Drainage. Deux ou trois jours après, issue des matières fécales. Amélioration et sortie de l'hôpital.

En décembre, la malade rentre : état général mauvais, fistule stercorale répondant à l'orifice postérieur de l'ancien drain.

En février 1874, opération : section à l'écraseur de la paroi antérieure de l'abcès ; on trouve avec peine l'orifice intestinal de 4 à 5 millimètres. Cautérisation au fer rouge de la membrane pyogénique et de l'orifice intestinal.

Amélioration rapide de l'état local.

Mort, cinq semaines après, d'œdème anémique.

V. — Dr Anger. (Th. Delaire-Rivière, p. 15.) — Femme, 34 ans. Métrite chronique. Pelvi-péritonite. Phlegmon du ligament large droit. Abcès ouvert à l'extérieur dans la région de l'ombilic et à l'intérieur dans le cæcum. Fistule sterno-purulente consécutive.

Drainage établi au moyen du trocart de Chassaignac (par le Dr Marchand) d'un des orifices ombilicaux de l'ombilic à la paroi supérieure du vagin. Un mois après, drainage du côté de l'hypochondre droit.

Le pus s'écoule bien. Amélioration.

VI. — 1883. Professeur Letiévant. — Femme, 34 ans, robuste.

Il y a quatre ans, à la suite de coliques assez vives et de constipation habituelle, survint une tuméfaction dans la fosse iliaque droite. Cette tuméfaction s'ouvrit, en donnant issue à des flots de pus. La suppuration ne tarda pas à diminuer, mais il persista une fistule. De temps à autre surviennent quelques douleurs : la région se tuméfie et la suppuration augmente. Cet état de choses persistant amène la malade à l'Hôtel-Dieu.

A son entrée, on trouve dans la fosse iliaque droite, à hauteur de l'épine iliaque antérieure et supérieure, au niveau du

tiers moyen de l'arcade de Fallope, une ouverture du diamètre d'un pois, irrégulière et bourgeonnante. Tout autour, la peau est rouge, enflammée par la sécrétion déversée par la fistule, La région est profondément empâtée, quoique peu douloureuse. Le stylet introduit par l'orifice semble pénétrer dans diverses directions dans l'épaisseur des parois et se dirige plus loin du côté externe. M. Letiévant songe immédiatement à une affection en communication avec l'intestin ; malgré ses recherches et les renseignements donnés par la malade, il ne peut en obtenir la preuve. D'ailleurs, pendant les trois semaines qui précédèrent l'opération, il ne s'écoula que du pus.

M. Letiévant, après anesthésie, incisa sur la sonde cannelée les décollements qu'il rencontra et fit ainsi une plaie considérable, allant de l'épine iliaque à la ligne blanche et placée à 4 centimètres au-dessous de l'arcade crurale. Le fond de la plaie se trouvait au niveau de l'aponévrose du transverse ; au milieu des masses fongueuses, on n'aperçut nulle part d'orifice profond.

Sous l'influence du pansement antiseptique, les suites furent simples et la cicatrisation fut assez rapide. Quinze jours après, la plaie, en grande partie cicatrisée, était réduite à un sillon profond, qui, dans sa partie interne, offrait quelques bourgeons fongueux, sans tendance apparente à la séparation. A cette époque, M. Augagneur, qui suppléait M. Letiévant, trouva un matin les pièces de pansement souillées de matières stercorales. Ce phénomène se produisit depuis lors assez fréquemment. Au niveau des bourgeons on pouvait voir l'orifice de la fistule qui n'avait pas plus de 2 millimètres de diamètre. La malade sort momentanément de l'hôpital.

VII. — 1881. Professeur Julliard. (*Revue méd. de la Suisse romande*, 1881.) — Femme, 35 ans. Fistule datant de sept ans et demi. Depuis deux mois, les gaz s'en échappent.

Opération. — Laparotomie. Libération des anses intestinales de leurs adhérences avec la paroi et entre elles. Avivement des bords de l'orifice qui a 1 centimètre et demi. Cinq points de suture de Lambert au catgut : double rangée. Réduction.

Râclage du trajet, avivement des bords cutanés. Suture du péritoine pariétal et de la peau. Drain. Pansement antiseptique.

Apyrexie complète; ablation des fils. Réunion par première intention. Le onzième jour, la malade se levait.

Analysons ces sept observations.

Deux fois seulement, la guérison a été complète. Le premier cas est celui de M. Paulet; mais l'affection ne remontait qu'à deux mois, un vaste abcès fut ouvert par l'incision, de sorte que c'est là plutôt le traitement de l'abcès de la fosse iliaque que de la fistule pyo-stercorale proprement dite. Je ne vois guère entre ce cas et celui que j'ai signalé è propos du traitement préventif qu'une différence: c'est que dans le deuxième cas l'abcès s'était déjà ouvert spontanément au dehors, tandis que dans le premier il fut ouvert par le chirurgien.

Tout autre est le cas de M. Julliard, qui se rapporte à une fistule très ancienne : l'intervention a été aussi heureuse que hardie. Deux fois, on signale une amélioration notable du fait de l'intervention opératoire. Mais, dans le cas de M. Verneuil, la mort survient, et dans celui de M. Marchand, le résultat définitif n'est pas connu.

Une fois, dans le premier cas de Velpeau, le débridement donne une amélioration passagère, bientôt suivie d'un retour des accidents locaux et de mort par phthisie pulmonaire.

Deux fois, il s'agit d'individus robustes et bien portants. Velpeau et M. Letiévant débrident; mais il per-

siste après guérison des foyers une fistule. Velpeau cherche en vain à l'obturer par la suture, l'autoplastie et la section d'une bride à l'entérotome.

En résumé, mettant à part le cas de M. Paulet, qui paraît se rapporter à un autre ordre de faits, une seule guérison est complète et durable, celle de M. Juliard, qui a fermé l'orifice intestinal.

Ne prenant ici que les trois faits comparables au point de vue de l'état local et général, le 2e cas de Velpeau, ceux de MM. Letiévant et Julliard, nous voyons que le débridement de la cavité purulente s'est montré insuffisant, même suivi de tentatives d'autoplastie, tandis que l'occlusion de l'ouverture de l'intestin a donné une guérison prompte et rapide.

Il est difficile de tirer de faits aussi peu nombreux des règles de conduite applicables au traitement actif des fistules stercoro-purulentes.

Essayons cependant de tracer les indications relatives à la thérapeutique chirurgicale de ces fistules. On a à choisir d'abord entre le traitement médical et palliatif d'une part, le drainage et débridement et l'opération de Julliard de l'autre.

Le traitement médical et palliatif a donné de nombreux succès. D'après la statistique de Blin, sur 72 cas, 49 fois la guérison a été obtenue sans intervention chirurgicale active. Se basant sur ces faits et sur des observations qui lui sont personnelles, M. le professeur Le Fort préconise l'expectation aidée des moyens médicaux, des injections excitantes, du débridement des petits abcès périphériques. C'est la conduite à tenir

en face d'un malade que sa lésion n'éprouve pas, dont la nutrition continue à être bonne.

Mais, dans les conditions opposées, si la suppuration prolongée épuise le malade, s'il survient de la septicémie chronique, si le malade se lasse de son infirmité, il est indiqué d'intervenir. Dans la statistique de Blin, il faut tenir compte des 16 cas de mort, dont quelques-unes auraient sans doute été évitées par une intervention hâtive, car les causes ordinaires sont l'épuisement, l'hectricité, l'anémie et les lésions viscérales résultant d'une suppuration prolongée.

Deux méthodes se trouvent alors en présence. L'une, conseillée par M. le professeur Verneuil, consiste à ouvrir largement la loge purulente pour en obtenir l'oblitération et transformer la fistule stercoro-purulente en fistule stercorale proprement dite. C'est le résultat qui a été obtenu dans le cas de M. Letiévant. M. Verneuil conseille de cautériser les parois de la cavité, l'orifice intestinal. Ces vastes débridements, au voisinage même de la cavité péritonéale, sont autorisés avec l'emploi de la méthode antiseptique. L'ouverture des grands abcès par congestion ont familiarisé les chirurgiens avec ce genre d'intervention. Grâce à ces débridements et au drainage, on obtient la cicatrisation de la paroi de ces abcès, et il s'établit une fistule stercorale simple susceptible de guérir spontanément, ou d'être traitée suivant les règles appliquées à ce dernier ordre de fistules.

L'autre méthode est celle qui a été mise en œuvre par Julliard ; elle consiste à pratiquer la suture directe

de la fistule sur laquelle on arrive par une laparatomie étendue. Elle nécessite la dissection d'adhérences nombreuses. L'excellence du résultat dans le cas cité justifie-t-elle la hardiesse de l'intervention ? Nous pensons que ce doit être la dernière ressource de la chirurgie.

En résumé, expectation longue et prolongée, confiance en la nature et au traitement médical, surtout dans certaines variétés de fistules, telles que les périnéphrétiques, qui se sont constamment terminées par la guérison.

Si la maladie se prolonge, si le malade s'affaiblit, débridement antiseptique et râclage des clapiers, des trajets, ou cautérisation de la membrane pyogénique et de l'orifice intestinal.

Si ces moyens échouent, on sera à temps de recourir à la laparo-entérorrhaphie telle que l'a pratiquée M. Julliard. La gravité de l'intervention sera proportionnée à la gravité et à la persistance de la maladie.

TROISIÈME PARTIE

Traitement des anus contre nature et fistules stercorales faisant communiquer l'intestin avec une cavité intérieure.

Le traitement chirurgical des communications anormales et accidentelles de l'intestin, qui rentrent dans cette catégorie, a été appliqué à deux séries de faits : 1° les anus et fistules faisant communiquer l'intestin avec la vessie ; 2° les anus et fistules faisant communiquer l'intestin avec le vagin et l'utérus.

Ces communications avec une cavité viscérale peuvent être directes ou se faire par l'intermédiaire d'une poche purulente. En un mot, il y a là, comme pour les communications avec l'extérieur, deux séries de cas, les fistules stercorales proprement dites, et les fistules pyostercorales. Mais l'intermédiaire de la cavité purulente modifie peu le traitement, qui est influencé surtout par l'existence de la cavité viscérale.

A mesure que nous avançons dans cette étude, la thérapeutique chirurgicale se complique ; la profondeur des lésions, l'importance fonctionnelle des or-

ganes que traversent les matières fécales rendent les interventions plus laborieuses. La rareté relative des observations et des cas où ces fistules ont été l'objet d'un traitement actif font aussi qu'il est difficile de tracer des règles de conduite basées sur l'observation.

CHAPITRE PREMIER.

TRAITEMENT DES ANUS ET FISTULES QUI FONT COMMUNIQUER L'INTESTIN AVEC L'UTÉRUS ET LE VAGIN.

Ces communications anormales ont fait dernièrement le sujet d'un remarquable mémoire, couronné par l'Académie de médecine, de M. le Dr H. Petit. Ce travail est en voie de publication dans les *Annales de Gynécologie* (1); il réunit tous les faits relatifs à la question qui nous occupe. M. Petit a bien voulu nous confier ce qui n'avait pas encore paru de ce mémoire; il a rendu sur ce point notre tâche facile. Les développements, avec lesquels il a traité la question, expliquent pourquoi nous n'y consacrerons que quelques pages.

Rappelons seulement que c'est dans un cas d'anus iléo-vaginal, qu'a été pratiquée pour la première fois

(1) De l'anus contre nature iléo-vaginal et des fistules intestino-utérines. L.-H. Petit. Annales de gynécologie, n° de décembre 1882, janvier, février, avril et mai 1883.

par Roux la laparo-entérectomie pour anus contre nature et que Casamayor a su appliquer avec un heureux succès l'instrument de Dupuytren au traitement d'un anus iléo-vaginal.

Depuis on a appliqué à la fistule iléo-vaginale les procédés de suture en usage dans l'opération de la fistule vésico-vaginale.

M. Petit a réuni 39 observations relative aux communications accidentelles du tube digestif, le rectum excepté, avec l'utérus et le vagin. Sur ces 39 cas, 14 sont consécutifs à des étranglements par une rupture de l'utérus et du vagin, 18 à des phlegmons du petit bassin, 2 à la rupture de kystes fœtaux, 4 à des cancers utérins ; dans 1 cas la cause est inconnue.

Là, comme dans les autres variétés de fistules intestinales, on trouve, au point de vue du pronostic et du traitement, des différences tranchées entre l'anus et la fistule proprement dite. Ces communications accidentelles, graves par les affections qui leur donnent naissance, n'ont par elles-mêmes jamais entraîné la mort : mais elles constituent une infirmité pénible dont les malades réclament le traitement. Elles sont de deux variétés : intestino-utérines et intestino-vaginales. Les premières n'ont jamais été l'objet d'un traitement chirurgical. Les autres ont été 10 fois l'occasion d'interventions plus ou moins actives.

Nous allons donner le résumé de ces 10 observations empruntées au mémoire de M. Petit.

I. — 1827. Casamayor (*Journ. heb. méd.* 1823, t. W. p. 170.)

— 42 ans. Issue de l'intestin par suite d'avortement. Ligature de l'intestin et gangrène.

Anus admettant l'index. Le toucher rectal indique simple cloison entre le rectum et l'intestin grêle.

Entérotome spécial, à branche femelle introduite par le vagin dans l'ouverture anale, jusqu'à un pouce au-dessus de l'ouverture et à branche mâle introduite par le rectum; laissé quatre jours en place. Passage de matières par le rectum.

Grande amélioration, quand mort accidentelle de pleuro-pneumonie.

II. — 1828. Roux. (*Jonrn. heb. méd.* t. III, p. 296. 1828.) — 22 ans. Huit ou dix jours après, accouchement laborieux, anus iléo-vaginal. Pas d'éperon.

Laparotomie médiane. On amène à l'extérieur deux bouts qu'on croit être les bons : suture Lembert. Mort.

La première section avait porté sur le bout inférieur, la deuxième sur le côlon descendant.

III. — 1857. Simon. (*Monatschrift für. Zeb.* 1853, t. XIV, p. 447.) — 37 ans. Etranglement interne. Anus très élevé : rétrécissement du vagin.

Incision du rétrécissement pour permettre d'arriver à la fistule. Péritonite consécutive. Mort.

IV. — 1866. Heine et Weber. (*Arch. fur. klin. chir.* t. XI, p. 485, 1869.) — 23 ans. Anus vaginal.

Entérotomie avec instrument courbé sur le plat, tombé six jours après. Cautérisation de l'orifice. Nouvelle entérotomie. La fistule se rétrécit comme le petit doigt.

Avivement et suture. Fistulettes guéries l'une spontanément, l'autre par cautérisation.

V. — 1869. Wilms. (*Arch. f. Gyn.* t. III, p. 502. 1872.) — 39 ans. Anus iléo-vaginal et fistule vésico-vaginal.

Prolapsus. Communication de l'anus vaginal et du rectum.

Section au fer rouge du prolapsus : bon résultat.

Tentatives de cautérisation et de suture : Échec.
Guérison de la fistule vésico-vaginale.

VI. — 1871. Jennings. (*Proceedings of the Path. Soc. of. Dublin.* 1874.) — 50 ans. Fistule iléo-recto-vésico-vaginale ; oblitération du bout inférieur de l'intestin. Cystocèle. Prolapsus utérin.

Opération pratiquée pour maintenir les tumeurs réduites ; avivement et suture portant sur les deux tiers postérieurs de la vulve. Mort.

VII. — 1870. Chirurgie de Holmes (1870. t. II, p. 748, citée par Birkett). — Fistule intestino-vaginale consécutive à une application de forceps, datant de deux ans. Opération plastique. Guérison.

VIII. — 1875. Verneuil. (Mém. sur anus iléo-vaginal. *Annales Gynéc.*. déc. 1882, p. 425. L. H. Petit.) — 47 ans. Anus iléo-vaginal consécutif à une application de forceps.

Eperon vertical.

Application sur la fistule, d'une pince de Museux, pour s'assurer de la perméabilité du bout inférieur : on constate que l'éperon s'oppose complètement au cours des matières.

Deux fois, compression de l'éperon par une pince à polypes. L'éperon est réduit à une simple crête. Cependant les matières ne reprennent pas le cours normal.

Il est probable que le bout inférieur est oblitéré.

Pas de traitement ultérieur.

IX. — 1877. Gussenbauer. (*Rapport de la Clin. chir. de Liège* 1876-1878, p. 210.) — 44 ans. Anus consécutif à un accouchement laborieux, admettant l'index ; légère hernie de la muqueuse.

Sous l'influence du tamponnement du vagin et des lavements quotidiens, les selles passent par l'anus.

Cautérisations nombreuses ; pas de guérison après trois ans.

X. — 1878. Dahlmann. (*Arch. für. Gyn.* t. XV, p. 122.) —

Anus consécutif à un accouchement laborieux, de 1 cent., se transformant en fistule au moment où la malade se lève.

A ce moment, on cautérise au nitrate, quatre fois. En un mois guérison.

Analysons ces 10 observations.

Dans deux d'entre elles, le traitement n'a pas été dirigé d'une façon spéciale contre l'anus anormal.

Simon (obs. 3) avait incisé le vagin pour arriver sur la fistule. Jennings avait pratiqué une suture de la vulve pour un prolapsus de la vessie et de l'utérus.

Roux a tenté une fois la laparo-entérorrhaphie; son opération fut entachée d'erreurs nombreuses, il sutura le bout inférieur au côlon descendant : la malade mourut.

Trois fois l'entérotomie a été pratiquée. Dans l'observation de Casamayor, les matières avaient repris leur cours; l'anus était devenu fistule, quand l'opérée mourut de pleuro-pneumonie. Casamayor avait en vue non la destruction de l'éperon, mais la destruction de la cloison intestino-rectale.

Dans le cas de Heine-Weber, au contraire, l'entérotome fut appliqué sur un éperon : le cours des matières se rétablit et l'anus se transforma en fistule qui guérit ultérieurement par l'avivement et suture. M. le professeur Verneuil détruisit également l'éperon par deux applications de pinces à polypes : l'opération ne pouvait avoir de résultat à cause de l'oblitération du bout inférieur.

Une opération plastique, dont la nature n'est pas indiquée, guérit une fistule datant de deux ans.

(Obs. 7.) La suture et la cautérisation achevèrent la cure de la malade de Heine et Weber, qui avaient pratiqué préalablement l'entérotomie : dès lors, ces opérations s'adressaient à une simple fistule.

Au contraire, la suture et la cautérisation échouèrent entre les mains de Wilms qui s'adressait à un véritable anus. La cautérisation simple améliore une fistule sans la guérir, dans l'observation IX, de Gussenbauer. Elle donna un succès à Dahlmann : mais l'anus s'était transformé spontanément en fistule ; la guérison de la fistule fut obtenue par 4 cautérisations au nitrate en un mois, quatre mois après l'accouchement. Ne serait-ce pas un exemple de guérison spontanée?

En résumé, de ces observations on peut conclure que :

1° L'entérotomie a donné de bons résultats ; 2° que les opérations plastiques ont réussi, mais seulement dans le cas de fistules ; 3° que la cautérisation n'a été utile que comme moyen complémentaire. Quant à la laparo-entérorrhaphie, on ne peut rien conclure de l'observation de Roux.

TRAITEMENT.

Il est médical, palliatif et curatif.

Traitement médical. — Il en est des fistules iléo-vaginales comme des fistules stercoro-purulentes proprement dites; il ne faut pas se presser d'inter-

venir, car la guérison spontanée est fréquente. Sur les 39 cas réunis par M. Petit, jamais la mort n'a eu lieu par le seul fait de la fistule : 14 malades sont morts des accidents ou complications liés à l'affection primitive ou du cancer ; 3 sont morts de l'intervention opératoire. Sur les 24 malades qui ont échappé à la maladie initiale, 14 ont guéri spontanément. Aussi faut-il prolonger l'usage des moyens médicaux, lavements, soins de propreté, injections vaginales, toniques, etc., avant de songer à une intervention chirurgicale.

Traitement chirurgical. — Il est légitimé après échec des moyens précédents par le sort lamentable qu'une pareille infirmité impose aux malades et par l'affaiblissement qui résulte de l'issue prématurée des matériaux de la digestion. On doit tenir compte de la situation morale des malades, car l'intervention chirurgicale est grave avec certaines dispositions d'anus vaginal.

Avant d'entreprendre une opération qui ferme la fistule vaginale, il est indispensable de s'assurer par l'exploration directe et les injections que le bout inférieur est perméable.

Des opérations préliminaires peuvent être nécessaires pour combattre des complications. S'il existe un prolapsus, on l'excisera par ligature ou cautérisation. Si l'on doit agir par la voie vaginale et qu'elle soit rétrécie, il faudra au préalable faire la voie suffisante par la dilatation, la section des brides.

Les moyens chirurgicaux sont : 1° la section de l'éperon; 2 l'entérotomie iléo-rectale; 3° les opérations anaplastiques sur la fistule; 4° l'occlusion de la vulve et du vagin; 5° la cautérisation; 6° la laparo-entérorrhaphie.

La *section de l'éperon* s'exécute par l'orifice vaginal, à l'aide d'un instrument adapté à la situation profonde de la fistule et à ses dimensions. Weber et Heine ont fait usage d'un entérotome courbé sur le plat. M. Verneuil s'est servi de pinces à polypes. Dans le cas de Heine, elle a rétabli le cours des matière, mais la fistule a exigé des opérations consécutives.

L'*entérotomie iléo-rectale*, exécutée par Casamayor, est applicable aux cas où on peut s'assurer par le toucher que l'anse intestinale et la cavité du tube digestif sont séparés par une mince cloison. Casamayor se servit d'un entérotome à plaques à deux branches introduit, l'une par le rectum, l'autre par le vagin. M. Verneuil a proposé, pour un cas où l'introduction des plaques eût été difficile, l'opération suivante :

« 1° A l'aide d'un trocart courbe, perforer la cloison recto-vaginale à 2 centimètres environ au-dessous de l'anus anormal, puis passer un tube en caoutchouc; 2° Perforer de la même manière la cloison iléo-rectale, la pointe du trocart pénétrant par l'anus anormal et ressortant dans le rectum, et passer un fil de caoutchouc; 3° réunir solidement les deux chefs rectaux, puis tirer sur le chef iléo-rectal. On a ainsi une anse dont les deux chefs ressortent par le vagin : l'un par l'anus anormal et l'autre au-dessous, et dont la partie

moyenne répond à la cloison à diviser. Il ne reste qu'à serrer les fils qui, par leur élasticité, opéreront cette section. » L'instrument de Casamayor, sorte d'emporte-pièce, expose au rétrécissement consécutif de la perforation. L'opération proposée par M. Verneuil n'aurait pas cet inconvénient.

La *suture*, exécutée par la voie vaginale, sera pratiquée suivant les mêmes principes que l'opération de la fistule vésico-vaginale; mais elle présente des difficultés considérables par suite de la profondeur de la région et des altérations toujours considérables des parties voisines. Elle ne devra être faite que lorsqu'on aura assuré le cours des matières par le rectum. Elle constitue comme un deuxième temps dans le traitement de l'anus contre nature, tandis qu'elle s'adresse directement à la simple fistule.

La *cautérisation* des bords de la fistule pourra être faite avec un petit cautère ou le nitrate d'argent. On ne comptera sur elle que pour achever la guérison des pertuis fistuleux ; elle est alors une précieuse ressource.

L'*occlusion de la vulve et du vagin* n'a jamais été pratiquée pour la fistule intestino-vaginale. L'opération de Jennings n'avait en vue que la guérison du prolapsus. Elle exigerait l'existence d'une communication entre le rectum et l'iléum, ou le vagin et le rectum. Peut-être serait-elle indiquée, s'il existait, en même temps que la fistule intestinale, un vaste cloaque résultant de la perforation de la cloison recto-vaginale ;

tout autre procédé de traitement étant dans ce cas impossible.

La *laparo-entérorraphie* n'a jamais été pratiquée dans des conditions favorables au succès. Sans doute avec les nouvelles méthodes de pansement et une opération bien faite, elle pourrait fournir de brillants résultats. Je ferais remarquer cependant que, dans le cas d'anus iléo-vaginal, les conditions de l'intervention seraient plus graves encore que dans les anus à orifice cutané; il faudrait disséquer un intestin adhérent dans une région profonde, au voisinage de cavités telles que la vessie et le rectum; or, l'anatomie pathologique apprend que dans l'anus iléo-vaginal, ces adhérences sont intimes et étendues. Pour que le chirurgien osât se lancer dans une telle entreprise, il faudrait qu'il y fût engagé, comme l'a établi Gendrin, par l'insuccès des autres moyens, le dépérissement physique et le danger de mort, ou les instantes prières d'une malade réduite au désespoir.

Taitement palliatif. — Il consiste en l'emploi des moyens de propreté et l'occlusion de la fistule par des tampons (éponge, ouate) introduits dans le vagin. Le tampon a paru dans quelques cas favoriser la guérison définitive.

En résumé :

Pour les fistules stercorales, traitement médical prolongé, et, si l'ouverture ne se ferme pas, suture par la méthode américaine; s'il persiste une fistulette, cautérisations.

Pour les anus, s'il existe un éperon, le sectionner par un instrument approprié ; si les cloisons recto-intestinales sont adossées, entérotomie iléo-rectale: on traitera ultérieurement la fistule. En dehors des conditions precédentes, tentative d'anaplastie, et si elle échoue, choix entre le traitement palliatif et la gastro-entérorraphie ; on se laissera guider par l'état moral et l'état général. Dans le cas de cloaque, avec communication large du vagin et du rectum, on pourrait tenter la fermeture de la vulve ou du vagin.

CHAPITRE II.

FISTULES STERCORO-VÉSICALES.

Les communications de la vessie avec une portion de l'intestin autre que le rectum sont rares. Dans la plupart des observations qu'il nous a été donné de recueillir, il n'est pas fait mention de traitement.

Chopart, dans son « Traité des voies urinaires » en a fait connaître deux cas terminés par la mort, sans intervention chirurgicale.

Depuis, les auteurs classiques ont négligé d'en parler.

Davaine dans son « Traité des entozoaires et des maladies vermineuses, 1860 » cite des observations

où la perforation est due au passage de lombrics dans la vessie.

Il existe sur la question deux monographies. La première en date est la thèse de Blanquinque (Paris 1870) qui étudie les fistules vésico-intestinales et vésico-rectales, les fistules congénitales et accidentelles.

La deuxième est un article paru en 1876 dans la *Gazette hebdomadaire*. Il est de Putegnat qui n'a envisagé que la fistule côlo-vésicale non traumatique.

Nous renvoyons à ces monographies pour tout ce qui est relatif à l'étiologie et aux symptômes.

Nous avons groupé ici 15 observations, dont nous ne donnons que le résumé. Elles montrent bien la gravité de la maladie et les faibles ressources de la thérapeutique chirurgicale.

I. (résumée). — Pereboom. (Davaine : *Traité des Entozoaires*, p. 297.) — Pereboom fit l'autopsie d'un malade qui avait rendu avec l'urine un ver qu'il désigna par le nom de stomachide (c'est un ascaride pour Davaine). La vessie était adhérente au côlon, au cæcum et confondue avec le rectum. On trouva, en outre, des ulcères fistuleux entre la vessie et l'intestin adhérent.

Pas de traitement indiqué.

II. (Résumée). — Boyer. (*Traité des maladies chirurgicales*, t. IX. — Extrait du *Journal de médecine de Londres*, p. 55, 1784, part. II.)

Un homme mourut à 60 ans, après avoir rendu depuis plusieurs années des matières fécales par l'urèthre. Six semaines avant sa mort, rien n'était sorti par l'anus, mais toutes les fèces avaient eu issue par la verge.

Boyer ajoute que cette maladie, heureusement très rare, est au-dessus de toutes les ressources de l'art.

III. (Résumée). — Monod. (*Bulletin de la Société anat. de Paris*, 2e série, 3e année, 1828). — Fistule intestino-vésicale.

A la suite d'une balle, Pierre D..., à l'âge de 16 ans, eut deux ouvertures, l'une au milieu de la fosse iliaque droite, l'autre à l'aine gauche. Longtemps après, en 1813, les matières fécales font issue par l'urèthre, puis un fragment d'os prend la même voie, et, à partir de ce moment, tandis que les fèces suivent ce trajet, l'urine passe par le rectum. En 1826, Cloquet et Richerand découvrent un calcul de la vessie, mais ne peuvent trouver l'orifice de la fistule, qui siégeait probablement dans l'intestin grêle.

Pas d'indication de traitement.

IV, (Résumée). — Briquet. (Fistule entéro-vésicale. — (Hôpital Cochin). — Tarignot. (*Gaz. des Hôpitaux*, 9 juin 1842, p. 318).

Homme de 63 ans, souffrant d'une constipation opiniâtre sans cause connue. Le sang apparaît dans les selles au bout de douze jours. Eschare brunâtre au méat, œdème du prépuce, pas d'envie d'uriner. Enfin on voit survenir une émission de bouillie noire mélangée aux urines, et, après la miction, des bulles gazeuses inodores ou fétides. Mort en quelques jours.

Le traitement a été simplement dirigé contre l'élément douleur.

V. (Résumée). — Dr William Kingdon. (*London med. chir. Review* (juillet 1842). Rapportée par Davaine, *Traité des Entozoaires*, p. 299).

En 1836, un enfant de 7 ans, après huit jours de rétention d'urine, vit un lombric se présenter au méat urinaire et l'en retira. Un an après, sa mère lui fit la même opération, nécessitée par la même cause. Puis, des faits semblables se reproduisirent quatre fois différentes, jusqu'à la mort, en nov. 1839.

Pas de traitement.

VI. (Résumée). — (Fistule vésico-intestinale à la suite d'un abcès péritonéal. — Gibb. In *Gazette des hôpitaux*, 8 août 1861).

En 1852, le Dr Gibb soigna une femme primipare pour une

diarrhée chronique. Quelques années plus tard, à la suite d'une péritonite, un abcès s'ouvrit dans l'intestin, le pus sortit abondamment par les gardes-robes et, quatre jours après, l'urine présente des matières fécales dont la couleur se rapportait à celles de l'intestin grêle. Depuis lors les fèces, mais sans gaz, sortirent par la vessie, jusqu'au jour où cette fistule guérit.

Le traitement, tout médical, a été dirigé contre la diarrhée et la douleur.

VII. (Résumée). — Laugier. (*Gaz. des hôpitaux*, 1855, p. 463. Rapportée par Davaine, *Traité des Entozoaires*, p. 300.)

Un lombric sortit de la vessie, où il avait pénétré par une double perforation des parois intestinales au point correspondant d'une anse adjacente. La fistule intestino-vésicale persista longtemps encore et s'oblitéra finalement.

Guérison spontanée.

VIII. (Résumée). — Willshire. (Fistule intestino-vésicale. Extrait de Charing. — *Cross hospital.* — Rapportée dans *Gaz. des hôpitaux*, 8 août 1861).

Un homme de 33 ans, après une inflammation intestinale produite par le froid, éprouva des difficultés à uriner. Son médecin, qui le sonda, vit sortir du pus. Depuis lors l'urine était mélangée de matières fécales. L'urine n'est normale que lorsque le malade est accroupi. Emaciation très grande. Sueurs profuses. Fièvre hectique.

Le malade quitte l'hôpital.

Rien sur le traitement.

IX. — (Résumé). Willshire, (*Gazette médicale de Paris*, 1864, p. 285). — Un médecin de 35 ans vit, plusieurs années durant, des gaz et parfois des matières fécales sortir par son urèthre. Longtemps la santé n'en fut pas altérée ; mais, après avoir vécu 14 ans avec sa fistule, il succomba à une obstruction intestinale.

X. — Bainbridge. (*Gaz. méd. Paris*, 1861). — La fistule si-

gnalée par le médecin dura deux années et était due probablement à un foyer purulent intra-péritonéal ouvert dans l'intestin et la vessie.

Le malade ne mourut pas de cette affection.

XI. — (Résumé). Verneuil, Hopital Lariboisière. (Blanquinque, *Etude sur les fistules vésico-intestinales*, Paris 1870, p. 38). — Un vieillard en 1868 rendait des matières fécales avec des urines. L'autopsie découvrit une anse d'intestin grêle adhérente à la vessie et s'ouvrant à sa face postérieure. (musée de l'hopital Necker, pièce n° 31).

Pas de traitement indiqué.

XII. — (Résumé). Guyon, hopital Necker. (Blanquinque, *Etude sur les fistules vésico-intestinales*, Thèse de Paris, 1870, p. 36). — Un homme de 65 ans rendait depuis trois mois des matières fécales par l'urèthre. Le toucher rectal n'indique rien : une injection d'eau dans la vessie sort par l'anus, mais, quelques jours plus tard, une injection de lait revient par l'urèthre. Jamais il n'est sorti d'urine par la verge. Mort au bout d'un mois et demi environ.

Autopsie. — Au sommet de la vessie et un peu à droite adhérent isolément l'un à côté de l'autre : 1° une frange du grand épiploon ; 2° l'intestin grêle, à trois ou quatre centimètres du cæcum. 3° l'S iliaque qui longe la face postérieure de la vessie. Au niveau de cette adhérence on trouve un petit pertuis gros comme la tête d'une épingle. La séreuse vésicale, se rompant pendant la dissection, découvre alors une cavité remplie de détritus grisâtres, traversée par des brides celluleuses mortifiées, limitée en arrière par le péritoine, en avant par la vessie, en bas par les vésicules séminales et la prostate ; en haut, la fistule précitée lui permet de communiquer directement avec l'intestin grêle.

Un second trajet fistuleux s'ouvre entre les colonnes de la partie latérale droite de la vessie et dans la cavité décrite plus haut.

Pas de calculs, ni de corps étrangers.

La pièce existe au musée de l'hôpital. Pas de traitement signalé.

XIII. — (Résumé). Occlusion intestinale interne, conséquence d'une dégénérescence cancéreuse du côlon ; sortie par la verge de gaz intestinaux, de matières fécales et de deux os de grenouille. (Putegnat: *Essai d'une monographie de la fistule côlo-vésicale non traumatique*, *Gaz. hebdom.*, 28 juillet 1876). — Monsieur D... après avoir souffert pendant de longues années d'une constipation due à un rétrécissement cancéreux de l'intestin et avoir suivi une médication appropriée, rendit à la fin des matières fécales mélangées aux urines par la verge. Huit jours après cet accident un os de grenouille, suivi d'un second, fit issue par l'urèthre.

Lavages de la vessie. Mort.

XIV (résumée). — Nicaise, service de Cruveilhier, maison de santé. Bruchet... *Fistule vésico-intestinale consécutive à une invagination.* (*Revue mensuelle de méd. et de chir.*, 1878, p. 255.) — M. X..., âgé de 67 ans, voit subitement le sang, puis les matières fécales souiller son urine. L'état général est bon. Jamais les selles ne sont urineuses. Le toucher rectal et l'exploration de la vessie ne dévoilent rien ; les fèces rendues par la verge sont complètement digérées et paraissent issues du gros intestin. Deux mois après, l'urine passe par l'anus ; le catéthérisme devient difficile. Le malade meurt au bout de quelques semaines, après avoir eu une syncope cinq jours auparavant en allant à la garde-robe. Pas de traitement chirurgical.

XV (résumée).— Heim Vægelin (de Zurich). Fistule vésico-duodénale. (*Corresp Blatt für schw. Aert.* 1879.) — La femme qui était atteinte de cette fistule était atteinte de cachexie profonde au commencement de 1878. Au-dessous de la vessie, du côté droit, se trouvait un point sensible à la plus légère pression et au niveau duquel on sentait un cordon cicatriciel s'étendant à l'utérus. Cathétérisme facile, mais douloureux. Urine alcaline, très fétide, brunâtre : sédiment muco-

purulent avec détritus divers. Se basant sur le diagnostic d'une cystite ordinaire, le praticien de Zurich prescrivit des eaux minérales et des injections. Cependant le microscope et même la simple inspection lui ayant révélé des matières alimentaires dans l'urine, remarque déjà faite par la malade, et l'émission bruyante de gaz fétides par l'urèthre, lui indiquèrent une fistule et il se décida à la traiter par le procédé suivant : la malade endormie, la vessie et l'intestin bien lavés, il fit la dilatation de l'urèthre. La muqueuse vésicale était partout gonflée et velvétique ; à la partie supérieure siégeait la fistule entourée par une conronne de 7 à 8 villosités longues de 1/2 à 1 centimètre. L'orifice fistuleux du calibre d'un pois, rond et bordé d'un tissu cicatriciel, était entouré de bourgeons qui s'opposèrent à l'introduction du spéculum dilatateur n° 4, de Simon. Aussi le chirurgien dut se borner à la cautérisation à la pierre infernale, suivie de lavages phéniqués. La réaction locale très vive, sans fièvre aucune; l'opérée se plaignit plusieurs fois de douleurs continues que la miction rendait intolérables : quatre jours durant, elle rendit chaque fois des fragments d'eschares. On supprima les injections. Dans le cours de la seconde semaine, les douleurs disparurent peu à peu. A partir de la quatrième semaine, tout passage de gaz et d'aliments dans la vessie cessa, et actuellement la guérison est toujours parfaite.

Analysons ces 15 observations. 8 fois la mort est survenue en dehors de toute intervention. 1 fois le malade a vécu avec son infirmité et est mort d'une cause étrangère. 1 fois le malade est mort 14 ans après d'obstruction intestinale. Deux fois, la marche ultérieure n'est pas indiquée. 3 fois la guérison a eu lieu : dans le 1er cas (obs. 6), par le simple traitement médical. Le 2e cas est l'observation de Laugier : il est dit dans Voillemier que la guérison fut due à l'emploi de la sonde à demeure, dans Davaine que la guérison fut

spontanée. Le 3e cas est le seul où on soit intervenu directement ; Heim-Vœgelin dilata l'urèthre d'une femme et cautérisa directement l'orifice fistuleux : la malade guérit.

TRAITEMENT.

Il est difficile de tirer des faits que nous venons d'énumérer des règles relatives au traitement. Il est palliatif ou curatif.

Traitement palliatif. — Le traitement palliatif consistera en des soins de propreté, lavages fréquents de la vessie pour faciliter l'issue des matières fécales. Il est quelquefois avantageux de faire prendre au malade une position particulière, variable suivant les cas ; il est indiqué dans quelques observations que telle ou telle situation du corps s'opposait à la circulation des liquides ou des solides à travers la fistule. Si l'affection est due à la présence de vers intestinaux on donnera les anthelminthiques.

On entretiendra la liberté du tube digestif par des lavements. Putegnat s'élève contre l'usage des purgatifs qui font pleuvoir de la sérosité à la surface intestinale.

L'alimentation sera substantielle et de facile digestion. On évitera les substances susceptibles de produire des gaz.

On parera aux accidents de rétention, s'ils s'accompagnaient des signes de l'occlusion intestinale, par l'établissement d'un anus artificiel. Il serait pratiqué

dans la fosse iliaque droite. Dans le cas où les symptômes indiqueraient que la fistule siège sur le gros intestin, on irait à la recherche du cæcum. Si, au contraire, la fistule occupait l'intestin grêle, on ferait porter l'anus sur une anse intestinale distendue suivant le procédé de Nélaton. La méthode de Callisen ne conviendrait qu'au cas où la perforation siégerait sur l'S iliaque, mais comment établir le diagnostic?

Traitement curatif. — On doit faire en sorte de prévenir le passage des matières et de l'urine par le trajet fisuleux. On remplit cette indication par l'établissement d'une sonde à demeure. Ce moyen est recommandé par Voillemier et Le Dentu; il aurait contribué à la guérison dans le cas de Laugier. La sonde à demeure, une position favorable, le traitement médical, tels sont les moyens dont on usera si le malade souffre peu de son infirmité et si l'état général reste stationnaire. Il est dit, dans deux de nos observations, que le patient conserva sa fistule jusqu'à la mort.

Si, au contraire, la plus grande partie des matières fécales passant par la fistule, l'incommodité devient insupportable, et si le malade dépérit, alors se pose la question d'une intervention chirurgicale plus active. On a conseillé de pratiquer, dans ces circonstances, l'anus artificiel, non plus pour parer à des accidents d'obstruction, mais pour s'opposer au passage des fèces dans la vessie, avec l'espoir que la

fistule s'oblitérerait consécutivement : Putegnat croit l'opération indiquée en pareil cas.

S'il s'agit d'une fistule vésicale chez la femme, on pourrait, suivant la pratique de Heim Vaegelin (observation XV), dilater l'urèthre pour agir directement par la cautérisation sur l'orifice fistuleux.

Nous posons, sans la résoudre, la question de savoir si, en présence d'une mort inévitable chez un sujet du reste bien constitué, on ne serait pas autorisé à pratiquer une de ces opérations dont nous avons cité de nombreux exemples dans le cours de cette étude, à savoir : faire une laparotomie, libérer les viscères de leurs adhérences et fermer par une double suture les orifices de l'intestin et de la vessie? On pourrait encore, imitant la pratique des chirurgiens qui n'ont pas craint d'ouvrir la vessie pour procéder à l'ablation d'une tumeur, suivre la même voie afin de fermer directement l'orifice vésical de la fistule. Toute intervention chirurgicale grave serait nécessairement mise de côté si la cause initiale de la fistule devait par elle-même entraîner la mort.

BIBLIOGRAPHIE

Nous ne répétons pas ici les indications bibliographiques propres à chacune des observations rapportées dans la thèse.

I. — Anus contre nature et fistules stercorales en général.

Voir la bibliographie de l'art. *Anus contre nature*, du professeur GUYON, dans le *Dict. encycl. des sc. méd.* — LA PEYRONIE. *Mém. Ac. roy. de chir.*, t. I, 1743. — LOUIS. Id., t. VIII. — VACHER. Id., t. IX. — PIPELET. Id., t. XI. — SABATIER. Id., t. XV. — DESAULT. Obs. sur la guérison d'un anus contre nature avec issue des deux portions de l'intestin. *Journ. de chir.*, t. I, p. 186 et 194. Paris, 1791, in-8°. — DESAULT. Mém. sur les anus contre nature. *Œuvres chir.* éd. par X. Bichat, t. II, p. 315. Paris, 1798, in-8°. — SCHMALKALDEN (C.-E.). Nova methodus intestina continui solutioni facta uniendi, etc. *Wittebergæ*, 1798, in-4°. — LEBLANC (J.-M.). Diss. sur l'anus contre nature. *Thèse de Paris*, 1819, n° 497. — SCARPA. Traité des hernies. Trad. de l'italien. Paris, 1812, p. 99. — PHYSICK. Elements of surgery. Philadelphia, 1813, t. II, p. 67. *Artificial anus.* — LIOTARD (Aug.). Diss. sur le traitement des anus contre nature. *Thèse de Paris*, 1819, n° 160, fig. — AZEMAR (P.). Considérations générales sur les anus contre nature. *Thèse de Montpellier.*, 1821, n° 125. — JALADE-LAFOND. Considérations sur les hernies abdominales et sur les anus contre nature. Paris, 1822, 2 vol., in-8°, pl. — MILLET (F.). Considérations sur les anus contre nature qui sont les suites des hernies gangrenées. *Th. de Paris*, 1822, n° 226. — PARIS (G.-H.) Traitement des anus contre nature. *Th. de Paris*, 1824, n° 1. — REYBARD (J.-F.). Mém. sur le traitement des anus superficiels des plaies des intestins, etc. Pl. 3. Lyon et Paris, 1827, in-8 — BAUDELOCQUE (Aug.). — De quibusdam methodis ad ano contra naturam medendum. *Th. de conc.* Paris, 1827, in-4°. — DUPUYTREN (G.). Art. Anus contre nature. *Dict. de méd. et de chir. prat.* t. III, 1824. — LALLEMAND. Obs. sur un cas de guérison d'anus contre nature, par l'emploi de la méthode de traitement de M. le professeur Dupuytren.

Répert. d'anat., etc., t. VII, p. 233, 1829. — DELPECH. Obs. sur l'anus artificiel et description d'un procédé nouveau employé pour sa guérison. Fig. *Mém. des hop. de Paris*, t. II, p. 76, 1830. — DUPUYTREN (G.), De l'anus contre nature, des dispositions anatomiques, des effets, du siège, du pronostic, du diagnostic et du traitement. *Leçons orales*, etc. Paris, 1832, t. II, p. 193, in-8°. — LAUGIER (S.). Art. Anus contre nature. *Dict. en 30 vol.*, t. III, 1833. — VELPEAU. Mém. sur les anus contre nature dépourvus d'éperon, et sur une nouvelle manière de les traiter. *Journ. hebd. des progr. des sc. méd.* Paris, 1836, in-8°. — LE SAUVAGE (de Caen). Obs. d'anus accidentel traité par l'entérotomie, suivie, etc. *Arch. gén. de méd.*, 2e série, t. XII, p. 284. 1836. — CHOMETTE, *Th. de Paris*, 1836. — REYBARD (J.-F.). Mém. sur la cure des anus contre nature par l'incision des parois adossées des bouts d'intestins. *Gaz. méd. de Paris*, 1838, p. 345. — LAUGIER (S.). Réflexions sur la persistance de l'anus anormal après l'entérotomie. *Bull. de chir.*, t. II, p. 309, pl. 1. 1841. — JOBERT (de Lamballe). Chirurgie plastique. Paris, 1849, t. II, p. 99. — CRUVEILHIER. Traité d'anatomie pathologique. Paris, 1849, t. I., p. 543. — SÉDILLOT. Anus accidentel présentant quatre ouvertures intestinales complètes ; entérotomie pratiquée avec succès, etc. *Gaz. hebd.*, 1855. p. 460. — CHASSAIGNAC. Traitement chirurgical de l'anus contre nature par la suture directe ; considérations pratiques, etc. *Arch. gén. de méd.*, 5e série, t. V, p. 529. 1855. — FOUCHER (E.). De l'anus contre nature. Pl. 2. *Th. de concours*, Paris, 1857, in-8°. — LAUGIER (S.). Autoplastie par transformation inodulaire, nouvelle méthode opératoire pour achever la guérison des anus contre nature. *Compt. rend.* Acad. des sc., t. XLIX, p. 248. 1859. — LEGENDRE (E.-Q.). Mém. sur l'anus contre nature. Pl. 2. *Mém. de la Soc. de chir.*, t. V, p. 227. 1863. — LAUGIER (S.). Anus contre nature. *Nouv. Dict. de méd. prat.*, t. II., 1865. — GOSSELIN (L.). Leçons sur les hernies abdominales. Paris, 1865. — GUYON (F.). Art. Anus contre nature, *Dict. encycl. des sc. méd.* de Dechambre, t. V. 1866. — SÉDILLOT (Ch.). Traité de médecine opératoire. T. II, Paris, 1866. — MALGAIGNE et Léon LE FORT. Manuel de médecine opératoire. T. II. Paris, 1877. — GOUBAUT. Etude sur le traitement de l'anus contre nature sans complication. *Th. de Nancy*, 1881. — IVANICHEVITCH. Etude sur le traitement de l'anus contre nature. *Th. de Paris*, 1882.

II. — Entérectomie secondaire.

JOBERT (de Lamballe). *Arch. gén. de méd.*, 1824. — LEMBERT. Id., 1826. — GENDRIN. Sur le traitement des anus contre nature, sur

l'entérorrhaphie et sur la gastro-entérotomie comme moyen de guérir les anus contre nature. *Journ. gén. de méd.*, t. III, p. 296, 1828. — VIIe congrès des chirurgiens allemands, 1879 (*Archiv. für Klin. chirurgie*, t. XXIV) : Schede, Billroth, Esmarck, Thiersch. — BOUILLY (G.). De l'entérectomie et de l'entérorrhaphie. *Rev. de chir.*, n° 1, 1881. — RYDYGIER. *Berlin. Klin. Woch.*, 1881. — MADELUNG. *Arch. für klin. Chir.*, 1881. — JULLIARD. *Rev. méd. de la Suisse rom.*, n° 8, 1882. — BOUILLY et ASSAKY. De la résection circulaire et de la suture de l'intestin dans la cure des hernies étranglées gangrenées et de l'anus contre nature. *Rev. de chir.*, 3e année, n° 5, 10 mai 1883.

III. — Fistules pyo-stercorales.

Voir thèse Blin. — VELPEAU. Mém. sur les anus contre nature dépourvus d'éperon, et sur une nouvelle manière de les traiter. *Journ. hebd. des progr. des sc. méd.*, Paris, 1836, in-8, p. 37. — VERNEUIL. *Soc. chir.*, 1874, p. 195-210. — PAULET. Obs. in *Soc. chir.*, 1874, p. 207. — BLIN (A.-L.). Étude sur les fistules pyo-stercorales consécutives aux abcès phlegmoneux de la cavité abdominale et indépendantes des hernies. *Thèse de Paris*. 1879. — VERNEUIL. Clinique chirurgicale. *Notes de X...*, ancien externe des hôpitaux, 1881. — JULLIARD. Fistule pyo-stercorale. Laparotomie et suture de l'intestin. Guérison par première intention. *Rev. méd de la Suisse rom.*, t. I, p. 214, avril 1881. — DELAIR-RIVIÈRE. Contribution à l'étude des fistules stercoro-purulentes (étiologie et traitement). *Thèse de Paris*, 1882.

IV. — Fistules iléo-vaginales et utérines.

ROUX. Anus contre nature au fond du vagin. Gastro-entérotomie. Communic. à l'Acad. de méd. *Journ. gén. de méd.*, t. III, p. 282, 1828. — GENDRIN. Sur le traitement des anus contre nature, sur l'entérorrhaphie et sur la gastro-entérotomie comme moyen de guérir les anus contre nature. *Journ. gén. de méd.*, t. III, p. 296, 1828. — CASAMAYOR. *Journ. hebd. de méd.*, t. IV, p. 170, 1829. — MICHON. Des opérations que nécessitent les fistules vaginales. *Thèse de conc.*, Paris, 1841. — PETIT (L. H.). Le l'anus contre nature iléo-vaginal et des fistules intestino-utérines. *Annales de Gynécologie*, déc. 1882, janv., fév., avril et mai 1883. (Voir, pour plus de détails, le mémoire de L. H. Petit.)

V. — Fistules vésico-intestinales.

CHOPART. Traité des maladies des voies urinaires, t. II. —

PEREBOOM, Descript. et icon. delin. non generis vermium stomachidæ dicti, 1772, p. 24 ; cité par Davaine : Traité des Entozoaires et des Maladies verm., p. 297. — GARLICH. *Journal de médecine de Londres*, 1784, p. 11 ; cité par Boyer : Traité des maladies chirurg., t. IV. — MONOD. *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 2e série, 3e année, 1828. — TAVIGNOT. *Gazette des hôpitaux* (9 juin 1842), p. 318. — WILLIAM KINGDON. *London med. Chir. Review.* (juillet 1842) ; rapporté in : *Archiv. gén. de méd. de Paris*, 1842, t. XV, p. 323. — STURM. Cité par Davaine, Traité des Entozoaires, p. 299. — BAINBRIDGE. Rapporté in : *Gaz. méd. de Paris*, 1861. — GIBB. Rapporté in : *Gaz. des hôpitaux* (8 août 1861). — LAUGIER. *Gazette des hôpitaux*, 1855, p. 463 ; cité par Davaine : Traité des Entozoaires, p. 300. — WILLSHIRE. *Charing-Cross hospital* ; Rapporté in : *Gaz. des hôpitaux* (8 août 1861). — BLANQUINQUE. Etude sur les fistules vésico-intestinales. (*Thèse de Paris*, 1870.) — PUTEGNAT. Essai d'une monographie de la fistule côlo-vésicale non traumatique ; *Gazette hebdomadaire*, 28 juillet 1876. — DAVAINE. Traité des Entozoaires et des Maladies vermineuses, 1860, p. 297, 299, 300 et 175. VOILLEMIER et LE DENTU. Traité des Maladies des voies urinaires, t. II, Paris, 1881, p. 334 et suivants. — HEIM-VAEGELIN. *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ærtze*, 1879.